UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ANNEE 1970 .... N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALCOOLISME EN ALGERIE

(à propos de 30 cas traités en milieu hospitalier)

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Avril 1970

Par

AZIEZ Mohamed - Salah

Né le 4 Mars 1937 à ALGER

Membres du Jury

Mr M.A. MERIOUA :	Professeur de Pathologie Médicale	PRESIDENT
Mr KH. BENMILOUD :	Maître de Conférences Agrégé (Psychiatrie)	JUGES
Mr A. BOUDJELLAB :	Maître de Conférences Agrégé (Cardiologie et Maladies Vasculaires)	
Mr C. GERONIMI :	Maître de Conférences Agrégé (Neurologie)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0010

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ANNEE 1970 .... N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALCOOLISME EN ALGERIE

(à propos de 30 cas traités en milieu hospitalier)

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Avril 1970

Par

AZIEZ Mohamed - Salah

Né le 4 Mars 1937 à ALGER

Membres du Jury

Mr M.A. MERIOUA	:	Professeur de Pathologie Médicale	PRESIDENT
Mr KH. BENMILOUD	:	Maître de Conférences Agrégé (Psychiatrie)	JUGES
Mr A. BOUDJELLAB	:	Maître de Conférences Agrégé (Cardiologie et Maladies Vasculaires)	
Mr C. GERONIMI	:	Maître de Conférences Agrégé (Neurologie)	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

* *
*

---

* *

JE DEDIE CETTE THESE :

- A la mémoire de mon frère BELKACEM.

- A mon père.

- A ma mère.

- A ma soeur.

- A mes frères.

- A mes amis.

A notre Président de Thèse,
Monsieur le Professeur M. MERIOUA.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter de présider cette thèse. Nous rendons hommage à l'enseignement que vous nous avez assuré à l'Université.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Kh. BENMILOUD.

Vous nous avez guidé dans l'élaboration de ce travail. Dans le service, nous profitons tous les jours de votre expérience et des sages conseils que vous nous prodiguez. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond dévouement pour l'intérêt que vous nous portez et pour l'enseignement que vous nous dispensez.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. BOUDJELLAB.

Vous avez accepté de juger notre travail. Au cours de nos stages hospitaliers, nous avons profité de votre expérience.

Permettez-nous de vous témoigner notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Ch. GERONIMI.

Nous avons l'honneur de vous compter aujourd'hui parmi nos juges. Vous nous avez toujours accueilli avec beaucoup de sympathie et de sollicitude.

Nous vous en remercions et nous vous prions de croire en notre profonde reconnaissance.

- A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'ALGER.

- A mes Maîtres des Hôpitaux.

- A l'équipe médicale, à l'équipe para-médicale, au personnel des services universitaires de Psychiatrie, au Directeur de l'Hôpital DRID Hocine.

- A tous ceux qui ont contribué à la réalisation pratique de cette thèse.

I - AVANT - PROPOS

Le sujet de notre travail est l'étude de l'alcoolisme qui constitue un fléau social dans de nombreux pays. Ce fléau commence à se manifester en ALGERIE, où nous assistons actuellement à une véritable alcoolisation qui n'épargne ni les centres urbains, ni les milieux ruraux.

A quoi est dû ce phénomène, puisque la société algérienne de par sa religion et sa culture a été et demeure profondément hostile à la consommation de boissons alcoolisées. Au lendemain de l'Indépendance, l'Algérie a connu un bouleversement social qui s'est accompagné de l'exode de ses populations rurales et de l'urbanisation rapide de celles-ci. Ce phénomène a donné lieu à une véritable "transplantation" et à une dislocation des cadres sociaux traditionnels.

Tous les auteurs s'accordent à affirmer qu'il est difficile de délimiter un cadre précis à l'étude de l'alcoolisme. Le but de notre thèse est précisément d'apporter une contribution à l'étude de l'alcoolisme dans notre pays, en tentant de cerner l'organisation psychologique qui pousse un individu à faire de l'alcool "son bâton de pélerin".

En nous référant aux travaux des auteurs, psychiâtres, psychanalystes, sociologues et écrivains, nous n'avons pas la prétention de condenser et de résumer tout ce qui a été écrit et réalisé en la matière. Nous estimons qu'il est d'autant plus utile d'aborder ce sujet qu'on constate l'extension de ce fléau à notre pays, ce qui ne manquera pas de poser de graves problèmes à la nation surtout dans le domaine de la Santé Publique.

Nous avons choisi un lot de trente malades, chiffre dont la modestie tient au fait que nous n'avons voulu retenir dans notre étude , que les malades hospitalisés dans notre service, puis régulièrement suivis à notre consultation externe depuis trois ans.

Notre travail comportera sept parties :

1 - Un aperçu historique de l'alcoolisme et de l'évolution des idées sur ce problème.

2 - Une étude du concept de la maladie alcoolique.

3 - L'étude clinique.

Après un bref avant-propos, retraçant les conditions d'hospitalisation, le lieu de séjour, nous présentons nos observations au nombre de trente que nous faisons suivre d'un commentaire clinique, thérapeutique et statistique.

4 - L'étude projective.

Nous présentons dans ce châpitre, les protocoles des tests de Rorschach pratiqués sur nos malades et les conclusions qui en découlent.

5 - L'étude synthétique nous permettra d'analyser la personnalité des alcooliques.

6 - L'étude médico-sociale.

Dans cette partie, nous envisagerons les conséquences médico-sociales de l'alcoolisme.

7 - Les conclusions : le problème économique, sanitaire et social posé par l'alcoolisme.

II - INTRODUCTION HISTORIQUE -

" Une montagne elle-même danserait de joie si
tu l'abreuvais de vin.
Il n'y a qu'un insensé qui puisse mépriser
la coupe....
Bois du vin, car c'est lui qui mettra un terme
aux inquiétudes de ton coeur..."

Omar KHAYYAM

" Que tout ce qui nuit au cerveau soit proscrit !"

Le Prophète MOHAMED (Hadith).

La notion d'alcoolisme se laisse mal délimiter, mal définir. L'incertitude où nous sommes de la signification de l'action toxique de l'alcool sur l'organisme (parenchymes) l'étonnante disparité des réactions à l'agression suivant la nature du terrain, tout cela crée un climat de confusion d'où seul émerge le principe d'une nocivité certaine, de l'abus des boissons alcoolisées.

On devient alcoolique à condition de boire trop, de boire régulièrement et de ne plus pouvoir arrêter ou modérer cette consommation excessive. Or, ceux qui boivent régulièrement, ceux que l'on appelle les buveurs d'habitude ne deviennent pas tous des esclaves de l'alcool. C'est là, la distinction sur laquelle a insisté PERRIN entre alcooliques et alcoolomanes.

Afin de trouver un lien entre ces différents points de vue, nous allons esquisser un rappel historique de l'évolution des idées sur l'alcool.

L'alcoolisme n'est pas une maladie contemporaine, le goût du vin et autres boissons fermentées remonte à la plus haute Antiquité.

MILES, au IIe Congrès International d'Hygiène Mentale (PARIS 1937) rapportait que le tribut ramassé par un des premiers pharaons d'Egypte au cours d'une expédition, comprenait quatre cent soixante dix jarres de miel et six mille quatre cent vingt huit jarres de vin et il ajoutait mélancoliquement qu'il y a toujours plus de jarres de vin que de jarres de miel.

" Ce qui est agréable est défendu" assurait le Calife Hakem dès qu'il eût goûté clandestinement au haschich. (Voyages d'Orient - G. DE NERVAL).

L'origine de la drogue remonte bien au-delà rendant plus évidentes ses racines dans le sacré. La première intoxication qui nous est rapportée dans la BIBLE, l'ivresse de NOE fut une occasion de connaissance interdite par son fils CHAM.

De très nombreuses cultures utilisent des drogues, des euphorisants qui pallient les aléas de l'existence. Elles ont une valeur mystique et religieuse dans le cas des champignons hallucinatoires. L'effet enivrant est sans doute essentiel.

En effet, chez certains primitifs n'ayant pas la possibilité d'obtenir de l'alcool, ou n'en connaissant pas l'usage, on observe l'emploi de toutes sortes de drogues provoquant l'ivresse : Peyotl chez les Indiens du Mexique, champignons hallucinatoires en Sibérie et au Méxique, haschich dans le Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

" L'homme est ainsi fait que dans tous les pays, sous tous les climats, son système nerveux demande un poison qui lui procurera sinon un paradis artificiel sur la terre, au moins une jouissance soit d'action, soit de rêve ..."

Pr. DEBRE.

De tous temps, les plus grands esprits ont eu pour l'alcool des jugements bienveillants et des attitudes indulgentes. Est-il concevable qu'une "ambiance joyeuse" ne lui doive l'essentiel de son caractère.

Dans notre civilisation, l'effet enivrant est recherché dans un but profane, il facilite les contacts sociaux, lève les inhibitions et suscite des élans altruistes.

" Il n'y a pas de joie sans vin".

LE TALMUD Pesakhim.

La réprobation qu'ont toujours provoqué les abus alcooliques a longtemps été le fait des moralistes avant que les hygiénistes ne lui donnent des bases scientifiques.

Le vin n'est pas formellement proscrit chez le Israélites, mais par exemple, les Lévites doivent s'en abstenir avant d'entrer dans le sanctuaire : "Le Seigneur dit à Aaron : vous ne boirez pas, vous et vos enfants de vin ou de tout ce qui peut énivrer quand vous entrerez dans le tabernacle du témoignage, de peur que vous ne soyez punis de mort".

(Lévitique X,9).

Les moralistes chrétiens ont réprouvé les excès alcooliques sans établir toutefois une interdiction formelle. Dans maints passages des Evangiles, l'usage du vin apparaît comme parfaitement normal. Le vin est utilisé pour la célébration de la messe. Il conserve de ce fait une dignité toute particulière.

La religion musulmane adopte une attitude sans nuance à l'égard du vin. Le Coran dit :

" O fils d'Adam, prenez vos vêtements en tout lieu du culte. Mangez et buvez, mais ne soyez pas excessifs, Allah n'aime pas les excessifs".

" O vous qui croyez, n'approchez point de la prière alors que vous êtes ivres, avant de savoir ce que vous dites (IV,46).

Dans d'autres Sourates, ont lit :

" Des fruits des palmiers et des vignes vous tirez une boisson énivrante et un aliment excellent. En vérité, il y a certes en cela un signe pour un peuple qui raisonne " (XVI, 69).

" Les croyants t'interrogent sur les boissons fermentées. Réponds : Dans elles sont pour les hommes un grand pêché et des utilités. Le pêché qui est en elles, est plus grand que leur utilité". (II,216).

" Le vin est une abomination inventée par Satan: abstenez-vous en " (Coran V, 2).

Peut-être doit-on à l'Islam d'avoir garanti dans une certaine mesure les populations musulmanes contre les dangers de la toxicomanie. On connaît en effet, le Hadith du Prophète MOHAMED relatif aux toxiques :

" Que tout ce qui peut nuire au cerveau soit proscrit!"

Très sage maxime qui n'est pas seulement un bel énoncé mais qui trouve son application dans les actes quotidiens puisque l'ensemble de la population est hostile aux toxiques en général, et à l'alcool en particulier.

Bien avant les médecins, les moralistes ont décrit les méfaits de l'alcool sur l'esprit, la déchéance inéluctable des intempérants.

KANT, dans son ouvrage des "Eléments métaphysiques de la Doctrine de la Vertu" écrit :

"Dans l'état d'ivresse, l'homme ressemble plutôt à une brute qu'à un homme. En se gorgeant de nourriture d'actions qui exigent de l'adresse et de la réflexion dans l'emploi des facultés. Il est évident que c'est violer un devoir envers soi-même que de se mettre dans cet état. Le premier de ces états d'abrutissement qui ravalent l'homme au-dessous même de la nature animale, est ordinairement l'effet des boissons fermentées ou d'autres moyens de s'étourdir, comme de l'opium et d'autres produits du règne végétal et il le séduit, lui apportant pour un moment avec l'oubli de ses soucis, un rêve de bonheur et même des forces imaginaires ; mais malheureusement, l'ivresse amène à sa suite l'abattement et la faiblesse, et ce qui est le pire, la nécessité d'y recourir de nouveau et toujours davantage.

Ne saurait-on, sinon à titre de panégyriste du vin, du moins à titre d'apologiste, en permettre un usage voisin de l'ivresse pour cette raison qu'il anime la conversation entre les convives et pousse ainsi les coeurs à s'ouvrir. On peut lui accorder le mérite d'opérer ce qu'HORACE vante dans CATON :

Virtus éjus incaluit méro ? Mais, comment fixer une mesure à celui qui est sur le point de tomber dans un état où ses yeux ne seront plus capables de rien mesurer ?".

Ce texte montre nettement la profondeur de l'analyse de l'alcoolisme à une époque où les données médicales étaient singulièrement indigentes.

Il était temps que la médecine précisât et définit sa position à l'égard de l'alcoolisme.

Pendant longtemps l'alcoolisme a été considéré comme une intoxication, au même titre que l'empoisonnement par les plantes vénéneuses. On connaissait surtout les accidents aigus, l'ivresse et le délirium tremens confondus avec les autres formes de l'éthylisme aigu.

Le mémoire de MAGNUS HUSS sur l'alcoolisme chronique date de 1852. La conception de l'auteur est résumée dans l'article "Alcoolisme" du dictionnaire de médecine Littré et Robin (12e édition, 1865).

" MAGNUS HUSS a fait connaître sous le nom d'alcoolisme chronique une affection différente du délirium tremens, qui s'observe surtout dans les pays froids où les travaux pénibles éxigent l'usage de boissons alcooliques de la part des ouvriers, ce qui en conduit beaucoup à en abuser. Que l'abus soit poussé jusqu'à l'enivrement ou seulement à six ou huit verres par jour sans enivrement, au bout de huit à dix ans, l'appétit est troublé, le malade mange peu et boit de plus en plus ; puis viennent des tremblements des mains et un peu d'affaiblissement des forces, un peu d'hésitation de la langue, le matin surtout

et même du bégaiement, des mouches ou tâches volantes devant les yeux. Le sommeil devient agité ; on observe des fourmillements des membres inférieurs et des crampes, le fourmillement prenant de la permanence remonte au tronc et aux membres supérieurs, les jambes vacillent, la débilité musculaire gagne tout le corps ; la sensibilité s'émousse de plus en plus, il survient de fréquents vertiges, de l'hébétement, de l'abrutissement et quelquefois des hallucinations ; des terreurs soudaines surtout le soir, les pupilles se dilatent, la rétine devient moins sensible à la lumière. Des vomiturations acides succèdent à des douleurs gastralgiques ainsi qu'un dégoût marqué pour les aliments, une tension douloureuse de l'épigastre ; l'amaigrissement, l'état terreux de la peau, des secousses convulsives des membres, des attaques d'épilepsie même surviennent. Enfin, l'oedème et le délire généralement calme précèdent la mort lorsque la cessation des boissons alcooliques, les antispasmodiques, la noix vomique et l'huile empyreumatique de pomme de terre (fermentolum solani) à la dose de cinq à dix centigrammes prise cinq à six fois par jour en potion ou pilules ne viennent pas interrompre la marche du mal, ce qui s'obtient assez facilement".

Cette conception de l'alcoolisme chronique ne fait aucune part au besoin d'alcool, à la notion d'accoutumance.

JACCOUD écrivait en 1877 :

" Si, sans atteindre le degré nécessaire pour produire les accidents de l'alcoolisme aigu, l'absorption de l'alcool est habituellement supérieure à la quantité qui peut être détruite ou éliminée dans un temps donné par l'évolution organique, alors survient une imprégnation qui se traduit non seulement par des désordres circulatoires et fonctionnels, mais par des altérations dans l'ensemble des organes ; bien portant peut être en apparence, l'individu vit suivant une modalité anormale qui constitue l'état d'alcoolisme.

Cette situation persistant, des symptômes adéquats au désordre matériel apparaissent tôt ou tard, qui mettent cliniquement en évidence la triple action du poison sur nos tissus ; ces phénomènes, en effet, peuvent être rapportés aux trois chefs principaux que voici : altération des organes glandulaires, action irritative sur les éléments conjonctifs, action stéatogène sur les éléments parenchymateux.

Ainsi, est créé un état morbide à évolution plus ou moins lente dont la chronicité peut être incidemment rompue par des épisodes aigus, c'est l'alcoolisme chronique".

JACCOUD écrit plus loin :

" Le tableau de l'alcoolisme chronique ne peut être que l'énumération à la fois anatomique et symptomatique des désordres créés dans l'organisme par l'usage excessif et habituel des boissons spiritueuses".

Il souligne au châpitre du traitement :

" Il faut avant tout éloigner les causes en réglant la désaccoutumance".

Il clôt son étude sur les lignes suivantes qui sont significatives :

" Enfin, je recommande dans les formes de dyspepsies plus accentuées, l'usage modéré du Porto du du Xérès qui ont déjà parfaitement réussi entre les mains de MAGNUS HUSS".

On voit donc que cette conception de l'alcoolisme n'accorde aucune part à la notion de besoin et d'accoutumance.

Une vingtaine d'années plus tard, les médecins se penchent à nouveau sur le problème de l'alcoolisme en dépassant le point de vue de "l'empoisonnement".

En France, Théophile ROUSSEL rédige son mémoire sur " La répression de l'ivrognerie. L'Académie couronne par le Prix Civrieux de 1872 le mémoire de MAGNAN :" Des diverses formes des délires alcooliques et de leur traitement".

LEGRAIN en 1899 dans son ouvrage sur l'hérédité accuse l'alcool d'exercer une action dégénérative sur la descendance des buveurs.

MAGNAN et LEGRAIN en 1894, proposent la séquestration des buveurs d'habitude et la création de "Maisons de relèvement des buveurs d'habitude".

Le premier Congrès français contre l'alcoolisme s'ouvre le 26 Octobre 1903 ; J. GRASSET publie toujours en 1903 "Deux Conférences sur l'Alcoolisme". Il décrit "l'alcoolisme insidieux et inconscient, celui dont l'invasion et les débuts sont compatibles avec la vie sociale en apparence la plus correcte, celui qui mord sans aboyer".

Mais la notion de toxicomanie qui sera définie par JANET est longue à se faire jour. BRATT et PETREM (1912) créent l'expression : " désir physique de l'alcool" et décrivent divers types de consommateurs.

Dès lors, l'alcoolisme n'étant plus considéré comme une simple intoxication, apparaît de plus en plus comme un évènement qui affecte une personnalité déjà malade.

Omar KHAYYAM, le poète persan écrivait :

- Garde-toi de boire en compagnie d'un rustre à violent caractère n'ayant ni esprit, ni tenue.
- Car cela ne saurait produire que désagréments.
- Durant la nuit, tu aurais à subir : les désordres de son ivresse, ses vociférations, ses folies.
- Le lendemain de cette ivresse, ses prières d'excuses et de pardon viendraient t'endolorir la tête.

BAUDELAIRE écrivait :

" Il y a des ivrognes méchants, ce sont des gens naturellement méchants. L'homme mauvais devient exécrable comme le bon devient excellent". (Du vin et du Haschich ... page 194).

Certaines thèses actuelles ne sont pas éloignées de cette conception.

La question alcoolique a concerné tous les temps et particulièrement le nôtre. A peine commence-t-elle à perdre son acuité dans les pays les plus développés qu'elle pose de redoutables problèmes dans ce qu'on a appelé les pays en voie de développement, chez des individus dont l'organisme vierge de toxiques et l'oisiveté semblent un terrain propice à l'intoxication brutale et sans nuance qui s'avère désastreuse.

On conçoit l'importance de l'emploi de toutes les thérapeutiques et la nécessité d'un effort continu des pouvoirs publics pour enrayer ce fléau.

* *

*

- DEUXIEME PARTIE -

III - LE CONCEPT DE LA MALADIE ALCOOLIQUE -

" Dieu n'avait fait que l'eau,
mais l'homme a fait le vin".

Victor HUGO.
(Les Contemplations)

La grande diffusion de l'alcool et ses répercussions socio-économiques coïncident avec le développement de l'industrie .

Le courant psychanalytique et les modes d'exploration de la personnalité feront se dégager lentement la notion de névrose alcoolique ou d'alcoolisme, expression d'une névrose comme l'écrit FOUQUET (E.M.C.) " L'état de la personnalité antérieure à l'alcoolisme, les conditions et mécanismes d'apparition, de développement et de persistance de cette appétence pathologique ; enfin sa signification vont davantage retenir l'attention des auteurs que ses conséquences ultimes..."

L'alcoolisme est actuellement considéré par les médecins comme une maladie (JELLINEK) tantôt comme un syndrôme (FOUQUET), tantôt comme un symptôme d'un trouble psychologique, ou d'une atteinte de la personnalité.

I./ L'ALCOOLISME -

Dans le châpitre Névroses alcooliques du traité "Psychiatrie" de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, FOUQUET fait une revue générale de la question, que nous allons résumer.

Pour FOUQUET, il est plus facile de dire ce que n'est pas l'alcoolisme que de définir ce qu'il est.

A) Ce que n'est pas l'alcoolisme.

1°) L'alcoolisme ne peut être confondu avec ses complications somatiques ou psychiques.

2°) L'alcoolisme ne peut se limiter à l'étude d'une intoxication spécifique.

3°) L'alcoolisme n'est pas seulement une sociopathie.

Le recours aux boissons fermentées et plus tardivement à l'alcool ne représente qu'un cas particulier de cette universelle appétence pour les paradis artificiels. L'existence de ces facteurs de civilisation : structure économique et sociale, religion, groupements jouent dans l'apparition, la continuation ou la cessation du phénomène "alcoolisme" un rôle certain mais ni exclusif, ni déterminant.

4°) L'alcoolisme ne peut non plus être considéré seulement comme le résultat d'une faute morale,d'un vice, d'un trouble de la conduite éthique.

Pour John C. TORD " l'alcoolique est malade physiquement, psychiquement et spirituellement".

FOUQUET conclut que la notion "alcoolisme - maladie honteuse" tend à céder la place au "concept d'alcoolisme-maladie".

5°) L'alcoolisme en général n'est pas une toxicomanie selon la définition et les caractéristiques de la toxicomanie de l'O.M.S.

B) THEORIES PHYSIOPATHOLOGIQUES.

Pour FOUQUET " elles cherchent à mettre en évidence un ou plusieurs traits spécifiques qui rendraient compte sur le plan étiologique et pathogénique du recours pathologique à l'alcool".

a) Dans les névroses alcooliques.

L'examen clinique montre qu'avant la découverte de l'usage de l'alcool, le patient présentait des troubles de la personnalité, toujours selon FOUQUET, les traits les plus constants peuvent être schématisés ainsi :

- Immaturité émotionnelle.
- Incapacité d'assumer des responsabilités d'adulte.

- Incapacité de surmonter ses difficultés et de nouer des relations sociales valables.
- Désir de fuite, passivité, anxiété.

Ces éléments ne constituent que les manifestations d'un conflit névrotique.

1°) Les troubles de la sexualité.

ont été mis en cause et particulièrement l'homosexualité. Tous les auteurs s'accordent à affirmer qu'un nombre élevé d'alcooliques présentent des anomalies sexuelles : impuissance, frigidité, mauvaise adaptation hétéro-sexuelle, insatisfactions diverses.

2°) Des conditions anormales de l'éducation

S. RADO, puis ROBBINS, frappés de l'aspect orgasmique de la conduite orale de l'alcoolique, attribuent aux troubles nutritionnels infantiles la genèse de cette névrose.

FOUQUET considère la frustration et la dépendance comme les éléments de base de la névrose alcoolique.

3°) L'étude du rôle fonctionnel et de la valeur thérapeutique de l'alcool.

"constitue un procédé capable de spécifier les déficits psychologiques de l'alcoolique névrosé".

TROOTER W. " Dans le tragique conflit entre ce qu'on lui a appris à désirer et ce qui lui a été permis d'obtenir, l'homme a trouvé dans l'alcool, comme il l'a trouvé dans certaines autres drogues, un sinistre mais efficace pacificateur, un moyen de se procurer, pour aussi peu de temps que ce soit une évasion de la prison de la réalité pour un retour à l'âge d'or".

La plupart des auteurs invoquent une évasion ou une libération.

L'alcool est considéré comme un "médicament" pouvant calmer la tension intérieure et l'anxiété qui proviennent de difficultés d'adaptation ou de conflits caractériels, névrotiques ou psychotiques. L'effet tranquillisant de l'alcool peut alors avoir plus de prise sur l'individu que les tabous de la société.

4°) L'étude des mécanismes psychologiques

Cette étude a permis à DESHAIES de décrire cinq processus qui seuls, ou combinés en faisceau conditionnent la conduite alcoolique.

- Imitation
- Compensation
- Dérivation
- Auto-agressivité
- Impulsivité morbide.

Pour LOLLI " La constatation au lendemain d'un excès de l'effet sédatif heureux d'une dose d'alcool constitue pour le malade une étape importante dans l'établissement de sa conduite alcoolique", il considère que l'alcool permet seul à l'alcoolique " la synthèse illusoire et brève d'effets contradictoires (danger-sécurité, dépendance-indépendance, enfant-adulte etc...) dont une réaction physiologique agréable et concomittante est une condition nécessaire".

Parmi les auteurs analysés par FOUQUET, ULLMANN étudiant les mécanismes de production de l'appétence à l'alcool, note que les facteurs psychologiques ne suffisent pas à eux seuls à provoquer ce phénomène. Se fondant sur des constatations expérimentales, il estime les trois conditions suivantes nécessaires :

- Motivation émotionnelle intime en relation avec les significations culturelles du fait de boire.
- Avoir bu dans des situations de stress.
- Quantité suffisante d'alcool ingéré pour produire un effet sédatif de relâchement des tensions.

5°) L'étude des "types de personnalité alcoolique"

n'a pas permis d'isoler une personnalité alcoolique - AMARK affirme la "nécessité de distinguer entre la part constitutionnelle initiale et la part secondaire dûe à la maladie alcoolique". Il se réfère uniquement à un diagnostic psychiatrique symptômatique et décrit 14 types (presque toute la psychiatrie) et un type sans déviation.

b) Recherches psychométriques.

SUTHERLAND, en 1950 conclut que les alcooliques ne constituent nullement un groupe homogène et que l'alcoolisme ne paraît pas directement en rapport avec des traits de personnalité.

Il n'existe donc pas une ou plusieurs dispositions psychopathologiques spécifiques, déterminant l'éclosion du "symptôme - alcoolisme".

II./ L'ALCOOLISME - MALADIE -

A) L'INTOXICATION ALCOOLIQUE

JELLINEK décrit l'évolution de la toxicomanie alcoolique, forme qu'il distingue de l'álcoolisme non toxicomaniaque, par la perte du contrôle de la quantité d'alcool absorbée.

1°) La toxicomanie alcoolique

JELLINEK distingue trois phases :

Première phase : purement symptomatique ou phase prétoxicomaniaque qui est subdivisée en phase pré-alcoolique et en phase prodromique.

* La phase pré-alcoolique qui dure de quelques mois à 2 ans comprend deux stades :

- Un premier stade où le soulagement est occasionnellement recherché dans la boisson.

- Un second stade où la recherche du soulagement est constante.

* La phase prodromique comprend sept éléments :

1 - Apparition de palimpsestes alcooliques (amnésie brusque souvent dans ivresse).
2 - Apparition de consommation en cachette.
3 - Apparition de préoccupation de l'alcool.
4 - Apparition de l'avidité de l'alcool.
5 - Apparition d'un sentiment de culpabilité.
6 - Le sujet se met à éviter de parler de l'alcool.
7 - Accroissement du nombre de palimpsestes.

Deuxième phase : cruciale qui elle, comprend 23 éléments :

8 - Apparition de la perte du contrôle de la quantité d'alcool consommée.
9 - Système d'alibis et de rationalisation de la conduite à l'égard de l'alcool.
10 - Lutte contre les pressions sociales, réprime son intempérance.
11 - Idées de grandeur.
12 - Agressivité prononcée.
13 - Remords persistants.
14 - Périodes d'abstinence totale.
15 - Essai de modifications dés habitudes de boire.
16 - Abandon de la fréquentation des amis.
17 - Abandon de l'emploi.
18 - Comportement axé sur l'ingestion de l'alcool.
19 - Perte de l'intérêt à tout ce qui est extérieur au sujet.
20 - Le sujet donne une nouvelle interprétation de ses rapports individuels avec autrui.
21 - Il s'apitoie d'une manière marquée sur lui-même.
22 - Il ressent des désirs de fuite.
23 - Les habitudes de la famille changent.

24 - Ressentiments déraisonnables du sujet contre les siens.
25 - Le sujet protège son approvisionnement en alcool.
26 - Il néglige de s'alimenter correctement.
27 - Il commence parfois à être hospitalisé pour ses troubles secondaires.
28 - Les pulsions sexuelles diminuent.
29 - La jalousie alcoolique apparaît.
30 - L'ingestion d'alcool se produit dès le matin (le sujet abandonne la lutte).

Troisième phase chronique :

31 - Apparition d'ivresses prolongées.
32 - Avilissement du sens moral.
33 - Affaiblissement des qualités intellectuelles.
34 - Apparition possible de psychoses alcooliques (10%).
35 - Fréquentation de gens d'un niveau social très inférieur à celui du sujet.
36 - Consommation de tous les alcools même dénaturés.
37 - Diminution de la tolérance à l'alcool.
38 - Craintes indéfinissables persistantes.
39 - Tremblement persistant.
40 - Inhibition psycho-motrice et autres symptômes combattus par l'alcool.
41 - L'ingestion d'alcool prend un caractère obsessionnel.
42 - Apparition d'une sorte de religiosité chez 60% des sujets (U.S.A.).
43 - Effondrement de la rationalisation de sa consommation d'alcool.

2°) L'alcoolisme non toxicomaniaque

JELLINEK appelle alcoolisme non toxicomaniaque, ce qui correspond à l'alcoolisme chronique banal des auteurs classiques,

très fréquent dans les régions viticoles.

L'auteur a probablement voulu décrire ceux dont la tolérance accrue persiste toute la vie sans accidents d'intolérance ou de décompensation, ce qui représente la majorité des buveurs.

3°) Les cinq espèces d'alcoolisme (classification de JELLINEK).

Il appelle 'alcoolisme tout usage de boissons alcooliques qui cause un dommage quelconque à l'individu ou à la société, ou aux deux".

JELLINEK rappelle que le premier progrès en matière "d'alcoologie" fut de lui reconnaître la valeur d'une maladie. Actuellement, on conçoit qu'il ne s'agit pas tant d'une maladie unique, que de différents états alcooliques. Il reconnaît cinq types d'alcoolisme définis par les lettres de l'alphabet grec.

a) L'alcoolisme alpha :

représente de façon continuelle et purement psychologique, une dépendance ou une confiance en l'effet apaisant de l'alcool sur la souffrance physique ou émotionnelle. Cet alcoolisme ne conduit pas à la perte de contrôle ou à " l'impuissance de s'abstenir".

Cette forme d'alcoolisme dénote une maladie sous-jacente mais elle ne peut être considérée comme une maladie en soi.

b) L'alcoolisme bêta :

" C'est un alcoolisme dans lequel des complications alcooliques telles que polynévrite, gastrite et cirrhose du foie peuvent apparaître sans aucune dépendance à l'alcool, soit physique, soit psychologique. Les symptômes de sevrage n'apparaissent pas".

C'est donc la conséquence d'une habitude propre à l'individu ou à son milieu.

c) L'alcoolisme gamma :

représente cet alcoolisme dans lequel sont impliqués :

1°) Une augmentation de la tolérance tissulaire acquise à l'alcool.

2°) Un métabolisme cellulaire adapté.

3°) Des symptômes de sevrage et un "désir ardent" réalisant une dépendance physique.

4°) Une perte du contrôle de la quantité bue.

Dans l'alcoolisme gamma " il y a une progression définie d'une dépendance psychologique vers une dépendance physique et le comportement noté change !

d) L'alcoolisme delta :

Dans ce cas, il y a incapacité de s'arrêter de boire, même un jour ou deux et sans que se manifestent des symptômes de sevrage.

L'alcoolique n'a pas perdu son contrôle. Il boit constamment mais peut s'arrêter avant l'ivresse..

e) L'alcoolisme epsilon :

C'est l'ivresse périodique encore appelée dipsomanie.

B) L'"ADDICTION" LE PENCHANT POUR L'ALCOOL.

La classification de JELLINEK, basée sur l'étude critique des innombrables conditions de l'alcoolisme à travers le monde, a pour but de tenter de faire accepter par tous, le concept d'alcoolisme-maladie après l'avoir délimité. Ceci est très important dans la mesure où l'on considère l'alcoolisme ou certaines de ses formes comme une maladie.

1°) La maladie alcoolique.

Pour en revenir aux cinq variétés d'alcoolisme, JELLINEK ne considère comme maladie alcoolique que les espèces gamma et delta et peut-être l'espèce epsilon.

Pour l'auteur cité , les alcooliques qui sont atteints de la variété alpha sont des névrosés qui cherchent dans la consommation des boissons alcoolisées un soulagement à leurs problèmes ; leur alcoolisme n'est pas une maladie en soi, mais l'expression de troubles psychiques sous-jacents ; il n'y a pas dans ce cas, de retentissement physique, ni la perte du contrôle de la quantité absorbée.

La variété bêta ne constitue qu'une atteinte somatique, représentant une complication qui évolue pour son propre compte. Elle peut survenir chez un malade de la variété alpha après un long usage de l'alcool pour apaiser sa névrose.

Par contre, les variétés gamma et delta, du fait qu'elles représentent un état de "désir ardent" avec perte du contrôle, ou un état de besoin avec incapacité de s'arrêter de boire, réalisent un état de dépendance à l'égard de l'alcool, dépendance qui domine le tableau clinique et constitue la maladie alcoolique. C'est à cette maladie alcoolique qui réalise un état de dépendance alcoolomaniaque que JELLINEK réserve le terme "d'addiction".

2°) Le concept d'"addiction" - L'alcoolomanie.

L'expression "addiction à l'alcool" est de plus en plus employée par les auteurs anglo-saxons. Le terme d'"addiction" est utilisé pour décrire l'usage des drogues, narcotiques, stupéfiants et tranquillisants.

JELLINEK qui utilisa le terme d'addiction à l'alcool, conçoit cette addiction comme nécessitant quatre critères constants :

1 - Tolérance tissulaire acquise augmentée.

2- Métabolisme cellulaire adapté.

3 - Symptômes organiques de manque d'alcool en cas de sevrage.

4 - "Désir ardent" de boire de l'alcool.

Ainsi qu'un critère variable selon l'espèce : perte de contrôle de la quantité d'alcool absorbée en cas d'alcoolisme gamma (toxicomanie de JELLINEK) et inaptitude à s'arrêter de boire en cas d'alcoolisme delta (alcoolisme chronique non toxicomaniaque).

On peut définir (REES), l'addiction comme un état d'intoxication périodique ou persistant, nuisible à l'individu ou à la société ou aux deux, qui comprend trois éléments :

1 - Pulsion ou compulsion à l'égard de l'alcool.

2 - Développement de la tolérance à l'égard de l'alcool.

3 - Dépendance physique et émotionnelle à l'égard de l'alcool.

Le terme "addiction" correspond en fait pour éviter la confusion avec la toxicomanie aux stupéfiants, au terme français d'alcoolomanie.

C) LE SYNDROME ALCOOLIQUE (Théorie de FOUQUET)

1°) L'alcoolisme n'est pas une entité.

FOUQUET retient avec la majorité des auteurs les points suivants :

- Il n'existe ni personnalité pré-alcoolique, ni personnalité alcoolique.

- Les hypothèses psychogénétiques sont insuffisantes à elles seules à rendre compte de l'étiologie et de la pathogénie ; elles admettent la nécessité d'une participation somatique constitutionnelle ou acquise et l'action des facteurs du milieu.

- Les conceptions des physiopathologistes invoquées pour expliquer le désir de l'alcool ou la nécessité de continuer à ingérer, restent dans une large mesure des hypothèses non encore démontrées.

- "L'ingestion massive et continue d'alcool, quelques soient les facteurs étiologiques, peut mener un individu ne possédant apparemment aucune caractéristique psychopathologique spéciale à vivre sur un mode névrotique ou psychotique."

Un individu porteur d'une névrose quelconque peut être conduit à un usage pathologique de l'alcool. En même temps qu'il va tenter ainsi de compenser ses propres manifestations névrotiques par l'alcool, celui-ci à l'insu du malade, va devenir paradoxalement le moyen-expression le plus significatif d'une nouvelle organisation pathologique : la névrose alcoolique.

2°) Essai de définition

Suivant le second rapport technique sur l'alcoolisme de l'O.M.S., FOUQUET retient les deux définitions suivantes :

a) La seconde définition de l'O.M.S.

" Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relations avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes des troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement".

b) La définition de DUCHENE (1950)

" L'alcoolisme est essentiellement un trouble du comportement se manifestant par l'absorption de quantités nocives de boissons alcoolisées et dont le caractère pathologique essentiel est d'être irréductible - ou tout au moins très difficilement réductible - par les arguments qui influencent généralement les conduites humaines : troubles ou perspectives de troubles graves de santé, conséquences budgétaires, familiales, professionnelles ... néfastes".

FOUQUET retient "comme critère électif à la fois essentiel et général la notion de dépendance pathologique qui lie le malade à l'alcool, caractère intrinsèque commun à toutes les formes cliniques de l'alcoolisme indépendant des notions de quantité, qualité ou durée de consommation, indépendant des références sociologiques et des modes d'expression de la société".

FOUQUET propose comme définition :

" Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool".

3°) Essai de description syndromique.

Cette classification met davantage l'accent sur les réactions du terrain somatique et l'importance des facteurs psychologiques. Trois facteurs étiologiques constants : un facteur psychique, un facteur de tolérance à l'alcool et un facteur toxique concourent à réaliser le syndrôme alcoolique ; leurs intensités propres variables au cours de l'évolution délimitent les trois formes décrites :

- Alcoolites
- Alcooloses
- Somalcooloses.

a) Les alcoolites.

Les alcoolites représentent les formes non névrotiques de l'alcoolisme.

b) Les alcooloses ou névroses alcooliques.

Elles sont caractérisées par une consommation discontinue, souvent solitaire et dissimulée de boissons fortes, bues sans plaisir, avec mauvaise conscience et vaine tentative de lutte contre cette propension à boire, qui provoque des ivresses fréquentes.

Elles débutent à l'âge adulte, sont examinées plus tôt parce que moins longtemps tolérées, donnant au bout de quelques années des troubles du comportement, des démêlées conjugaux et des troubles sexuels.

c) Les somalcooloses.

C'est la forme la plus pathologique, à début tardif, de début et de tolérance indéterminée car se manifestent par crises, périodes brèves, compulsives entraînant un sujet ordinairement abstinent à boire n'importe quel alcool (alcool à brôler, parfums, etc...) de façon strictement solitaire et clandestine.

Cette description semble correspondre à celle de la dipsomanie et développe le caractère irréversible de l'accès cycloïde.

III./ L'ETAT ALCOOLIQUE -

L'alcool n'existe pas dans la nature, mais l'homme en société depuis des temps immémoriaux le fabrique et le boit, soit quotidiennement, soit en certaines circonstances ; le fait de consommer des boissons alcoolisées est un phénomène quasi-universel ; l'homme, un peu partout s'alcoolise donc plus ou moins, par conséquent, cette alcoolisation est un phénomène social.

Mais alcoolisation ne veut pas dire alcoolisme, puisque la proportion des alcooliques quelle que soit l'acception du mot est estimée à environ 5% parmi la masse des consommateurs. Cette alcoolisation comme nous l'avons souligné dans notre introduction n'intéresse pas les pays musulmans où le pourcentage de buveurs est certainement de beaucoup inférieur.

A) - L'ALCOOLISATION.

L'alcoolisation est le fait de consommer des boissons alcoolisées quels qu'en soient les circonstances, les motifs et la façon de boire.

L'alcoolisation s'applique aussi bien aux consommateurs modérés qui ne deviendront ni malades, ni alcoolomanes, qu'aux consommateurs excessifs qui eux, peuvent devenir alcoolomanes ou malades, ou les deux à la fois.

1°) L'abstinence : la non-consommation.

Dans le cas de l'abstinence, le sujet ne boit jamais d'alcool, que ce soit par interdit religieux (pays musulmans), légal (prohibition), par habitude socio-culturelle, par éducation, par hygiène ou enfin, par prescription médicale imposée ou librement consentie chez l'alcoolique désintoxiqué.

Chez certaines personnes, l'alcool est le symbole de toutes les perversions, cette attitude aboutit le plus souvent à des actes de foi anti-alcoolique qui passent parfois dans la réalité sociale. (Ligues Anonymes U.S.A.). Chez ces abstinents fanatiques qui font croisade contre l'alcool, ce comportement est manifestement psychiatrique.

Mais dans les pays musulmans où l'abstinence est de règle, ce comportement trouve son origine dans un contexte socio-culturel et religieux et cette conduite n'a rien de pathologique ; bien au contraire, elle traduit une bonne adaptation au milieu social.

2°) L'appétence

Comme nous l'avons vu, l'étiologie et la pathogénie de l'alcoolisme sont l'objet de controverses multiples. Par contre, la façon de boire du consommateur non alcoolique, aussi variée soit-elle est plus facile à décrire et ses causes sont plus simples à déterminer. Cette consommation revêt plusieurs aspects ; elle peut être habituelle, quotidienne ou pluriquotidienne. Elle peut être occasionnelle, limitée aux fins de semaines ou aux relations sociales telles qu'invitations, festivités rendez-vous.

Les circonstances d'apparition de ces libations peuvent trouver leurs sources dans les rites religieux des communautés primitives et dans les fêtes bachiques où se manifestent les vertus dyonisiaque et aphrodisiaque de l'alcool.

Plus profane est le goût hédonique de l'homme pour l'alcool et sans aller souvent jusqu'à la recherche de l'évasion ou de l'oubli de ses problèmes psychologiques ou névrotiques par un procédé de dérivation ou de compensation, il trouve du plaisir à consommer même en très petites quantités, l'innombrable variété de boissons et de crus que son ingéniosité a mis au point.

Cette habitude correspond à une bonne adaptation, à la réalité et permet d'utiliser pour le plaisir une boisson "agréable" sans pour autant se nuire ou encourir la réprobation sociale ou personnalle.

3°) Les suites après-boire : les conséquences.

Nous envisagerons dans ce paragraphe les effets biologiques et cliniques de l'alcool sur l'organisme.

L'alcool éthylique, produit étranger à l'organisme est métabolisé par celui-ci, jusqu'à sa disparition à raison de 7 grammes d'alcool pur environ par heure chez un sujet de 70 Kg quelle que soit la quantité ingérée en une seule ou plusieurs fois. Son élimination maximum sera donc de 170 grammes environ par 24 heures, soit un peu plus de deux litres de vin à 10° (79grammes d'alcool par litre).

Si le sujet réitère cette consommation quotidiennement, ses tissus seront imbibés d'alcool de sorte que le sang, les cellules hépatiques et nerveuses seront en permanence imprégnés.

Il y a donc chez le buveur d'habitude qui dépasse ses capacités d'élimination :

- Une adaptation du métabolisme cellulaire.
- Une augmentation de la tolérance tissulaire.

Cet état engendre l'alcoolisme, du fait que les tissus constamment imbibés d'alcool ne peuvent plus s'en passer, c'est :

L'A C C O U T U M A N C E.

Ces deux éléments de la dépendance biologique acquise, constituent le stade du passage pharmacologique de l'alcoolisation à l'alcoolisme, de la consammation excessive à la maladie.

Biologiquement, on peut admettre que certains individus présentent un abaissement du seuil d'utilisation de l'alcool. Si ce seuil est dépassé, l'action du toxique apparaît. On peut même considérer que certains organismes, seront plus sensibles que d'autres, à l'alcool et aux produits de déchet de son métabolisme. Il en résulte une dépendance plus accrue et un accroissement des risques d'apparition d'une toxicomanie.

Les effets cliniques sont inconstants et varient selon le sujet et selon la dose ingérée. Si on considère, d'une part la sensibilité individuelle, et d'autre part, les circonstances particulières au temps et au lieu des libations, il devient difficile d'apprécier objectivement les effets de l'alcool sur l'organisme. En outre, il n'y a pas de parallélisme absolu entre l'alcoolémie et les effets cliniques de l'alcool sur les individus.

Il existe une classification tenant compte à la fois du degré toxicologique et de l'alcoolémie.

- L'alcoolisation est négligeable si l'alcoolémie est inférieure à 0,20gr par litre.
- L'alcoolisation est tolérable si l'alcoolémie est entre 0,20gr et 0,50gr par litre.
- L'alcoolisation est susceptible d'être nocive si l'alcoolémie est entre 0,50gr et 1gr par litre.
- L'alcoolisation est excessive si l'alcoolémie est entre 1 gr et 1,50gr par litre.
- Il y a intoxication alcoolique aiguë si l'alcoolémie est entre 1,50gr par litre et 2gr par litre.
- Au-delà de 2 gr par litre, l'intoxication alcoolique est grave.

Elle est symptomatique d'une ivresse manifeste ou en son absence d'un alcoolisme chronique trahi par son accoutumance excessive.

4°) Le passage au statut de "buveur d'habitude" puis à celui du buveur excessif.

L'étude de petits groupes d'alcooliques a montré l'importance primordiale et déterminante de la pression du groupe (groupe du cabaret, groupe de la bouteille, clubs...) dans la socio-genèse de l'alcoolisme.

Dans l'étude de groupes restreints MADEDDU pense qu'il est facile de mettre en évidence chez les participants, non seulement leur besoin élémentaire de dépendance, le caractère ambivalent de leur demande d'aide et leur besoin de communication, mais encore d'étudier les rapports entre le rôle assumé par l'alcoolique dans le groupe de buveurs et le rôle joué dans la famille.

Mais c'est le "groupe du bistrot qui a permis de mettre en évidence "les concepts dynamiques relationnels, de mouvements de valence, de vecteur, de cohésion, de force d'attraction et de répulsion avec les indices de la recherche de situation affective, la recherche de la sécurité du rôle, de l'affirmation de soi et du sens d'une appartenance dans le groupe d'alcooliques " H.EY.

Le bar ou le bistrot assume pour beaucoup d'alcooliques la fonction du chez soi, par le rythme des allées et sorties, l'accueil du client par le patron ou la serveuse, la place de l'habitué, la rencontre avec des amis.

A l'intérieur de ce groupe, dépourvu de toute force contraignante, le sujet noue des amitiés, élabore des projets, oublie ses soucis familiaux et professionnels, il vit alors dans une atmosphère chaude, agréable où toute hostilité est bannie.

Sous l'influence du groupe, la consommation quotidienne augmente progressivement. Cette attitude place la virilité dans une performance orale. Peu à peu, la chaude atmosphère du bar, les boissons alcoolisées deviennent la toile de fond de l'existence.

Toute la vie peut se passer dans ce contexte sans que le buveur ait recours au médecin ou au psychiatre, parfois, peuvent survenir des accidents somatiques ou psychiatriques.

Si nous établissons un parallèle entre le groupe du bistrot et le groupe des "cafés maures" dans notre pays ; on remarque que pour le

premier, les habitués s'adonnent d'une manière massive à l'alcool (bière, ricard) tout en mangeant (Kémia). Ce qui prime c'est la satisfaction orale. Au sein de ce groupe des amitiés spontanées se nouent, les ivresses sont le plus souvent aiguës, ponctuées par un comportement agressif. L'homosexualité apparaît "flottante" d'autant plus que l'élément féminin est absent.

A l'opposé, le groupe du "café maure" est plus structuré. Il est composé par des amis de longue date qui se réunissent soit pour discuter, soit pour jouer aux cartes. Le plus souvent, la plupart des alcooliques peuvent s'amender et cesser tout recours à la boisson notamment pendant le ramadan ou après un pélerinage aux lieux Saints de l'Islam.

5°) Le passage à l'alcoolomanie - l'alcoolodépendance.

Après plusieurs années de consommation, sous l'influence de facteurs intercurrents, on note une diminution de la tolérance à l'alcool. La consommation habituelle n'entraîne plus de satisfaction mais au contraire, devient culpabilité. Les troubles psychiatriques apparaissent. Il est évident qu'à ce stade, l'abstinence tentée ou conseillée n'est plus possible. Le sujet résiste vainement à ses habitudes. Parfois, la dépendance date des premières expériences éthyliques du sujet. Ce dernier apparaît en général très perturbé dans son milieu familial et dans des relations socio-professionnelles. L'alcoolisme n'apparaît donc que comme symptôme d'une personnalité névrotique. Ces sujets sont souvent culpabilisés et anxieux de leurs habitudes, mais ne peuvent spontanément s'abstenir d'alcool. C'est dans cette catégorie que se recrute la majeure partie de nos malades qui constituent ce que l'on a appelé les "alcooliques primaires" ou les "alcooliques psychiatriques".

Certes, des formes de passage peuvent s'observer entre ces deux états. Il semble que dans le premier cas, la dépendance s'effectue sur un mode biologique. Dans le second cas, où le sujet est psychologiquement plus fragile, les troubles psychiatriques apparaissent tôt, et le patient entre ainsi plus rapidement dans le circuit thérapeutique.

B) - L'ETHYLIQUE VU EN TANT QUE TOXICOMANE.

Dans ce chapitre, nous envisagerons les rapports entre le malade et son toxique. Dans ce but, nous essaierons de situer l'alcoolisme dans l'évolution des idées en ce qui concerne les toxicomanies.

1°) Evolution des notions de toxicomanie et d'alcoolisme

Si pour Henri EY, l'alcoolisme doit être considéré avant tout comme une conduite pathologique qui se rapproche des toxicomanies sans se confondre avec elles, par contre, en 1950, le Comité d'Experts de l'O.M.S. a fait des recommandations tendant à ce que les moyens de prévenir et de traiter la toxicomanie alcoolisme inclus soient compris dans le mandat du Comité d'Experts de la Santé Mentale.

Cependant, dans le même rapport, le comité précise que si l'alcoolisme et les autres formes de toxicomanie présentent de nombreux points communs, ils comportent aussi des différences importantes. Pour cette raison, deux sous comités ont été créés, l'un d'experts de l'alcool et de l'alcoolisme, l'autre d'experts de drogues engendrant la toxicomanie.

Un rapport de 1952 élabore une définition de la toxicomanie, revisée en 1957 et qui distingue la toxicomanie de l'accoutumance.

Drug Addicts -

La toxicomanie est un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique). Ses caractéristiques comprennent :

a) Un invincible désir du besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens.

b) Une tendance à augmenter les doses.

c) Une dépendance d'ordre psychique (et généralement physique) à l'égard des effets de la drogue.

d) Un effet nuisible sur l'individu et la société.

Drug habitation

L'accoutumance est un état induit par la consommation répétée d'une drogue. Ses caractéristiques comprennent :

a) Un désir (mais non une obligation) de continuer à consommer une drogue pour la sensation de bien être accru qu'elle engendre.

b) Une tendance limitée ou inexistante à accroître les doses.

c) Un certain degré de dépendance psychique quant à l'effet de la drogue, mais l'absence de dépendance physique et partant d'un syndrôme d'abstinence.

d) Des effets nuisibles, s'ils existent en premier lieu sur l'individu.

En 1953, il est proposé de classer l'alcool dans une catégorie intermédiaire entre celle des drogues engendrant la toxicomanie et celle des drogues engendrant l'accoutumance.

Afin d'éviter toute confusion, une nouvelle terminologie est proposée en 1963. Dans cette recommandation, tous les abus de drogues sont désignés par le terme de DEPENDANCE, qui est défini comme un état qui résulte de l'absorption périodique ou continue d'une certaine drogue. La notion de dépendance devient essentielle, car elle constitue une approche psychopathologique de la toxicomanie.

En ce qui concerne l'alcool, le comité O.M.S. de la pharmacodépendance (XVIe rapport 1969) indique qu'il fait sienne la conception des problèmes de dépendance vis à vis de l'alcool et des autres drogues.

2°) Dépendance à l'égard de l'alcool.

Parmi les motifs qui ont incité les experts de l'O.M.S. à placer sur un même plan la dépendance aux drogues et à l'alcool, il n'est pas sans intérêt de mentionner que :

- L'étiologie, le traitement et l'inspiration générale des mesures préventives relatives à l'alcool et aux autres drogues sont comparables sur bien des points.

- L'association fréquente de certaines drogues entre elles ou avec l'alcool, le passage de l'une ou l'autre.

- L'application à l'abus des drogues de certaines études sur l'alcoolisme (XIVe rapport 1967). Dans ce rapport, il est précisé que la nature et l'ampleur du problème définies par le type de dépendance et les modalités de l'emploi normal et abusif - varient largement d'un pays à l'autre, mais certains facteurs obligent à considérer la dépendance à l'égard de l'alcool et la dépendance à l'égard des autres drogues comme deux aspects d'un même problème dont le facteur commun est un certain asservissement psychique.

TROISIEME PARTIE

- CLINIQUE & THERAPEUTIQUE -

" Si tel est le pouvoir de l'habitude, tâchons donc de n'en contracter que de bonnes".

BACON (Essai de Morale et de Politique).

Nous allons aborder le chapitre clinique de notre thèse après un bref exposé sur le matériel et les méthodes de travail utilisés.

C'est à la Clinique Universitaire de Psychiatrie que nous eûmes l'occasion d'admettre et d'observer les alcooliques qui font l'objet de ce travail. Nous exposerons en premier lieu succintement le fonctionnement des services universitaires de psychiatrie.

Il existe deux services de consultation externe fonctionnant tous les jours.

- L'une de NOUVEAUX CAS à l'Hôpital Mustapha (Diagnostic).
- L'autre d'ANCIENS CAS à l'Hôpital DRID Hocine (Post-cure).

De plus, il existe un service de garde qui fonctionne en permanence pour les urgences.

Les malades sont examinés à la consultation externe où une éventuelle admission est décidée. L'hospitalisation se fait au Centre d'Admission et d'Enseignement à l'Hôpital Mustapha pour un bref séjour où :

- Le sevrage est réalisé.
- La décision de soumettre le malade à la cure est prise. L'assentiment à cette thérapeutique suppose un choix, un engagement que l'alcoolique se doit de respecter.
- Les examens complémentaires de routine sont demandés.
- Pour les récidivistes ou les patients refusant la cure, on se limite au sevrage et à l'administration d'un traitement symptômatique.

Les patients retenus pour la cure sont transférés au Centre de Cure à l'Hôpital DRID Hocine.

Notre conduite est dictée par deux impératifs :

- La participatation volontaire du malade qui désire réellement se faire désintoxiquer.

- Le nombre limité de lits d'hospitalisation dont nous disposons (250 lits de psychiatrie pour une population dépassant largement 1 million d'habitants).

Nous aborderons maintenant le compte-rendu de nos observations choisies parmi les plus caractéristiques, sur une centaine d'éthyliques qui ont été hospitalisés dans le service de Janvier 1967 à Décembre 1969.

Précisons en outre que nos malades présentaient rarement des troubles organiques, leur état somatique était satisfaisant.

I - LES OBSERVATIONS -

OBSERVATION N° 1 -

M. H... Hacène, âgé de 35 ans - divorcé, 1 enfant actuellement est employé comme garçon de salle à l'Hôpital Mustapha.

A fait des études primaires sans obtenir le certificat d'études. Il a exercé plusieurs métiers, a travaillé en France.
A toujours été considéré comme un instable, violent, querelleur.
Il s'est marié cinq fois et chaque fois a divorcé.
Il a été condamné à cinq reprises pour coups et blessures.
Il s'adonne à la boisson depuis 10 ans et ce, régulièrement en ayant soin d'interrompre toute consommation pendant le Ramadan.

Le patient est hospitalisé sur sa demande pour subir une cure, celle-ci est pratiquée dans de bonnes conditions.

Dès sa sortie de l'hôpital, il cesse tout recours à la boisson.

7 mois plus tard, il est à nouveau admis dans le service, dans un état "d'excitation psychique avec tendances revendicatives". Un traitement à base de neuroleptiques a été instauré, une seconde cure est pratiquée.

L'état physique et mental du patient s'est rapidement amélioré.

Le patient est régulièrement suivi à la consultation externe Il avoue boire de temps à autre.

OBSERVATION N° 2 -

M. H... Brahim, âgé de 23 ans, célibataire, Enseignant francisant.

Le patient vit seul à Alger, ses parents demeurent en Kabylie. Il a été scolarisé jusqu'en première, mais n'a pu obtenir son baccalauréat. Il demeure dans l'établissement où il enseigne.

Il s'adonne à la boisson depuis 3 ans, d'abord entraîné par des amis, puis seul, surtout le soir.

Sur les conseils de ses supérieurs hiérarchiques, il est admis dans notre établissement pour subir une cure.

A son admission, il se montre coopérant, décidé à subir toutes les épreuves pour guérir.

Sur le plan psychique, on retrouve une note dépressive importante avec des idées de culpabilité, un sentiment d'insatisfaction et des ruminations morbides.

L'examen physique et neurologique ne révèle rien de particulier.

La cure s'est déroulée dans des conditions très satisfaisantes, parallèlement un traitement thymoanaleptique a été instauré.

Depuis sa sortie, le malade a cessé de boire.

La toxicomanie est pour ce garçon intelligent et cultivé, l'objet d'un profond sentiment de culpabilité.

OBSERVATION N° 3 -

M. Y... El Mahfoud, âgé de 48 ans - marié, 7 enfants -
Contrôleur des Contributions Diverses à ALGER.

Le patient a été scolarisé jusqu'au certificat d'études primaires.

Il s'adonne à la boisson depuis l'âge de 21 ans, d'une façon modérée et semble-t-il assez régulièrement, mais depuis l'Indépendance, il consomme beaucoup plus d'alcool.

L'examen physique et neurologique révèle des signes de polynévrite des membres inférieurs avec une discrète diminution des réflexes ostéo-tendineux.

La cure de désintoxication instaurée chez le malade a été longue et appuyée par une psychothérapie.

Durant son hospitalisation, sur le plan mental, le patient est très revendicateur (phase classique, chez les éthyliques hospitalisés), la thymie est dépressive, de plus on note un important investissement hypocondriaque.

Dès sa sortie de l'hôpital, le patient reprend son travail. Il est suivi régulièrement à notre consultation, il est traité par des anti-dépresseurs et des vitamines du groupe B.

L'intéressé a cessé de boire. Il semble que dans ce cas, la transformation favorable sur le plan physique et surtout l'amélioration de la thymie ait encouragé le patient au maintien d'une stricte surveillance.

OBSERVATION N° 4 -

M. Z... Farouk, âgé de 30 ans, divorcé, 1 enfant - exerce la profession de journaliste.

A fait des études secondaires. Il a vécu en France durant 10 ans où il a exercé plusieurs métiers et a fréquenté plusieurs facultés sans jamais obtenir de diplôme.

Dans ses antécédents, on note que :

Le père était alcoolique et très autoritaire.

Une cure de désintoxication a été pratiquée sans succès dans une clinique parisienne.

A son admission :

L'état général est satisfaisant, l'examen physique est négatif.

Sur le plan mental :

Importante instabilité.

Humeur dépressive.

Immaturité affective.

Le patient s'adonne à la boisson depuis 10 ans. Il consomme tout, avec une préférence très marquée pour les alcools forts.

Durant son hospitalisation, il accepte la cure de très bonne grâce et propose même d'aider à la bonne marche du service.

Dès sa sortie, l'intéressé a repris son travail, il a renoncé à la boisson.

OBSERVATION N° 5 -

M. Z... Omar, âgé de 23 ans - Célibataire - Employé dans une caisse de Sécurité Sociale.

Le malade vit à Alger. Il a été scolarisé jusqu'à la classe du Certificat d'Etudes Primaires.

Dans les antécédents, on note :

Un traumatisme pendant la révolution.

Il s'adonne à la boisson depuis 1962, libations excessives. De plus, s'adonne à la Shira plus ou moins régulièrement.

Il semble que le malade ait demandé l'hospitalisation pour se mettre à l'abri des tentations.

Sur le plan physique :

Bon état général.

Sur le plan psychiatrique :

Présentation hystérique, se considère comme une victime.

Moi fragile - Immature affectif.

Durant son hospitalisation, très bon comportement.

A sa sortie, il reprend son travail. Cependant, malgré le traitement thymoanaleptique, s'adonne à nouveau au cannabisme tout en évitant soigneusement l'alcool.

Chez ce jeune patient inadapté présentant des troubles névrotiques, le pronostic est sombre.

OBSERVATION N° 6 -

M. Z... Mohamed, âgé de 31 ans, marié, 2 enfants.
Garçon de café à ALGER.

Niveau scolaire : enseignement primaire.

Dans les antécédents, on note :

- Une poliomyélite à l'âge de 2 ans qui a laissé des séquelles au membre inférieur gauche.

- Le père et le frère ont été traités en milieu psychiatrique.

A l'admission:

" Expérience délirante primaire chez une personnalité de type **sensitif**".

Ethylisme d'appoint depuis l'âge de 21 ans.

Dans ce cas, l'alcoolisme représente un symptôme de profonds troubles de la personnalité - alcoolisme favorisé par la profession du malade.

Un traitement à base de neuroleptiques a été instauré ; très rapidement, l'état mental s'est amélioré. Une cure de dégoût a été pratiquée.

Jusqu'à ce jour, les résultats sont satisfaisants. Pour ne pas rechuter, notre malade a changé de profession.

L'intéressé est suivi régulièrement à notre consultation externe, le traitement est scrupuleusement respecté.

OBSERVATION N° 7

M. T... Abderrahmane, âgé de 41 ans - Célibataire.
Employé dans une compagnie de navigation.

Le patient n'a jamais été scolarisé. Il s'adonne à la boisson depuis l'âge de 20 ans, très irrégulièrement semble-t-il, mais beaucoup plus fréquemment depuis 1962.

Il vit seul à Alger avec sa vieille mère à laquelle il demeure très attaché.

A son admission :

"Etat d'agitation psycho-moteur avec idées de persécution".

En fait, il s'agit probablement d'un délirium trémens.

L'examen physique est satisfaisant.

Durant son hospitalisation :

L'amélioration de l'état physique et du psychisme est remarquable, amélioration salutaire qui permet au malade de subir la cure.

Le comportement dans le service est excellent.

Dès sa sortie, l'intéressé a cessé de boire.

Il est suivi régulièrement à la consultation où un traitement à base de tranquilisants et de vitamines a été prescrit.

Les résultats enregistrés chez le malade sont très encourageants.

OBSERVATION N° 8 -

M. E... Mohamed, âgé de 32 ans, marié, 2 enfants.

Artisan graveur.

Le niveau scolaire est assez bas : Cours élémentaire.

Il s'adonne à la boisson depuis l'Indépendance, la consommation d'alcool est d'emblée massive.

Dans les antécédents, on note :

Qu'il a été emprisonné pendant cinq ans durant la guerre d'Indépendance.

- Qu'il a déjà été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique.

A l'admission :

" Etat d'agitation psycho-moteur consécutif à une ingestion massive d'alcool".

Durant son hospitalisation :

Le patient a été traité par des neuroleptiques.

La cure est pratiquée, le patient est dynamique, gai et s'adapte très rapidement au service.

A sa sortie, il ne trouve pas de travail et ne peut s'occuper de sa famille.

A la consultation externe où il est suivi, le malade nous fait part de ses difficultés.

Il n'a pas repris la boisson et suit régulièrement son traitement.

Toutefois, une rechute est inévitable chez ce patient présentant des troubles de la personnalité, et de surcroît en chômage.

OBSERVATION N° 9 -

M. H... Mohamed, âgé de 35 ans, marié deux enfants.

Sans profession fixe. Petit commerçant.

N'a jamais été scolarisé.

A été admis dans le service dans le service pour "Accès d'agitation avec agressivité et crises clastiques".

Il s'adonne à l'alcool depuis 12 ans - l'ingestion est massive et périodique. Il a derrière lui un long passé de déséquilibré, il change périodiquement de métier, est violent, querelleur et de plus est mal toléré par sa famille qui n'est pas disposé à l'aider.

Durant son hospitalisation, on note une comitialité confirmée par l'electro-encéphalogramme.

Une cure de dégoût est pratiquée.

Dans le service, le malade est calme, coopérant et se sent en sécurité, il appréhende la sortie qui lui posera de nombreux problèmes.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il ne s'est jamais présenté à la consultation malgré les convocations répétées.

Il semble que la cure chez ce malade épileptique, mal adapté sur le plan socio-professionel, soit un échec.

OBSERVATION N° 10 -

M. Z. Salah, marié - 6 enfants.

Professeur d'arabe dans la Wilaya des Oasis.

L'enfance a été très difficile aux côtés d'un père rigide et très religieux. Sa femme et ses enfants forment un groupe uni, humilié et étonné par ses débordements.

A été scolarisé jusqu'à l'âge de 20 ans, arabisant de formation.

Il s'adonne à la boisson en solitaire depuis l'Indépendance; cet alcoolisme solitaire, il l'impute à une série de déceptions, en fait, il n'est que l'expression d'une structure névrotique sous jacente.

Il est marié à une cousine qui est également professeur d'arabe.

Le malade est très mal toléré par sa famille, son épouse, et le milieu professionnel.

A son admission :

Il exprime des idées de culpabilité pouvant s'expliquer par la formation essentiellement religieuse de notre malade.

La thymie est dépressive et l'anxiété est dominante.

La cure s'est déroulée dans des conditions favorables.

Dès sa sortie, il demande une mutation (qui est accordée) et cesse tout recours à la boisson.

Il nous écrit régulièrement, nous demandant de renouveler son traitement.

Chez ce malade intelligent et cultivé, le succès de la cure est certain.

OBSERVATION N° 11 -

M. O... Mohamed, âgé de 41 ans - marié, 3 enfants.
Concierge dans une école d'ALGER.

L'alcoolisme remonte à sa vingtième année, le malade a été peu habitué à se restreindre, menant une existence large et libre en France où il a travaillé dans de nombreux établissements.

Il est passé progressivement de l'alcoolisme de fréquentation à l'éthylisme solitaire avec une nette augmentation de la consommation depuis son retour en Algérie.

Dans les antécédents, on note deux séjours de courte durée en milieu psychiatrique pour "délire de jalousie et agitation périodique".

Il n'a jamais consommé d'alcool pendant le Ramadan.

Une alerte survenue sous la forme d'une hématémèse sans gravité, persuade le patient des dégâts provoqués par l'alcool et c'est un homme inquiet qui se présente à l'hôpital pour faire la cure.

La cure se déroule dans de très bonnes conditions, l'intéressé suit avec beaucoup d'attention nos recommandations.

Dès sa sortie, il trouve du travail dans un établissement scolaire, ce qui a pour effet de le revaloriser.

Il consulte régulièrement notre service et l'arrêt de la consommation est totale.

OBSERVATION N° 12 -

M. M... Brahim âgé de 33 ans - Marié 1 enfant.
Brigadier de Police.

Originaire du Sud algérien, issu d'une famille modeste, il n'a fréquenté l'école que peu de temps.

Son alcoolisme remonte à 1956, coïncidant avec la guerre d'Algérie. Il s'était mis à boire modérément, le plus souvent en cachette, mais depuis 1963, date qui coïncide avec sa mutation à Alger, il augmente considérablement la consommation d'alcool.

Il assurait des responsabilités professionnelles qui selon lui étaient nettement supérieures à ses capacités.

Dans les antécédents, on ne note rien de particulier.

A l'admission :

L'état général est excellent.

Sur le plan mental,

nous avons affaire à une personnalité névrotique pour qui l'alcool est un refuge.

La cure se déroule dans de bonnes conditions, l'adhésion du malade est totale.

Depuis sa sortie, l'intéressé est suivi régulièrement à notre consultation, un traitement de thymoanaleptiques a été instauré.

Sur sa demande, il est muté dans le Sud où sa famille est fixée.

Nous recevons des nouvelles de notre patient par voie postale, l'abstinence est totale.

OBSERVATION N° 13 -

M. A... Areski, âgé de 45 ans - Marié, 6 enfants.

Ouvrier serrurier dans une société.

Ses habitudes d'intempérance sont apparues lors du service militaire. Elles ont été entretenues par le milieu que fréquentait notre malade (musicien amateur). Il s'adonne modérément, mais régulièrement à la boisson depuis 30 ans.

Pendant les week-end il anime des fêtes et pour s'inspirer il fume quelques cigarettes de Shira. Il s'est présenté de lui même à l'hôpital car il a conscience de sa déchéance, il n'arrive plus à supporter les dépenses qu'entraînent ses libations et surtout songe à ses enfants qui grandissent.

A l'admission :

L'état général est satisfaisant.

Sur le plan neurologique, on note :

Des algies musculaires.

Les réflexes ostéo-tendineux sont légèrement diminués.

Sur le plan mental :

Il exprime des idées de culpabilité, la thymie est dépressive.

Durant son hospitalisation, le patient est docile et discipliné, la cure se déroule sans incidents.

A sa sortie, un traitement vitaminique est instauré.

Il se présente régulièrement à notre consultation. La dignité nouvelle qui lui a conféré la cure de désintoxication est un facteur de succès.

OBSERVATION N° 14 -

M. O... Ramdane, âgé de 41 ans - Marié, 7 enfants.

Employé dans une banque.

Il a été scolarisé jusqu'au certificat d'études, de plus, sa formation en langue arabe est très poussée.

Il a contracté depuis 20 ans l'habitude de boire. Il est rarement ivre, mais ses libations répétées entraînent chez lui un état d'énervement et d'irritabilité qui s'exprime par des colères surtout lorsqu'il est chez lui.

Depuis 1965, il absorbe des doses beaucoup plus importantes. Il boit dit-il pour supporter ses difficultés.

Dans les antécédents, on note une cure de désintoxication en 1963 qui s'est soldée par un échec.

A son admission :

L'état général est médiocre, on note un eczéma de la face, de plus, on retrouve des signes de polynévrite des membres inférieurs.

Sur le plan mental :

Ruminations morbides. Il exprime des idées dépressives, avec un profond sentiment de dévalorisation.

Durant son hospitalisation, l'amélioration est spectaculaire,le comportement est excellent. Il est confiant dans les vertus "mirifiques" du traitement.

Depuis sa sortie, il est traité par des anti-dépresseurs. Il semble que l'abstinence est jusqu'ici absolue, cependant le pronostic est réservé chez ce patient pour qui, une psychothérapie de soutien est nécessaire.

OBSERVATION N° 15 -

M. O... Mouloud, âgé de 35 ans - Marié, 2 enfants.
Employé dans une Caisse de Sécurité Sociale.

Niveau scolaire secondaire, il boit depuis 10 ans, entraîné, dit-il par le milieu où il travaille. En effet, il a travaillé durant 12 ans comme maître d'hôtel.

C'est un homme intelligent, émotif et très susceptible. Il est humilié par son vice et voudrait s'en guérir, d'autant plus qu'il se sent en position d'infériorité à l'égard de sa famille.

Pour éviter les tentations, il a renoncé à sa profession plus rémunératrice, pour une place d'employé afin de ne pas rechuter.

Dans les antécédents, on ne note aucune particularité.

A son admission :

Sujet asthénique, déprimé, très culpabilisé, perpétuellement inquiet, très anxieux.

Sa cure s'est déroulée dans de bonnes conditions. On a noté chez ce patient une crainte exagérée de la rechute, un manque de confiance en soi.

Une psychothérapie quotidienne a été effectuée chez le malade.

Depuis sa sortie, l'intéressé est suivi régulièrement en post-cure.

Chez ce malade, la réussite de la cure est certaine, toutefois, le succès nécessite des soins constants. Il est traité par des tranquilisants.

OBSERVATION N° 16 -

M. I... 39 ans, célibataire.

Professeur.

M. I... est issu d'une famille aisée et très conservatrice, a fait des études supérieures brillantes. Il s'alcoolise depuis l'âge de 20 ans très irrégulièrement et surtout en fin de semaine : il aime les réunions entre camarades où l'on boit beaucoup.

Depuis son retour en Algérie, après avoir rompu avec sa famille, la consommation d'alcool est devenue très importante.

C'est un garçon triste, renfermé dont la vie sentimentale est très pauvre ; la sociabilité a toujours été médiocre, elle semble favorisée par l'éthylisme.

Il demande la cure parce qu'il pense percevoir les signes avant coureurs de sa prochaine déchéance intellectuelle.

En fait, il n'en est rien et il se porte fort bien tant du point de vue somatique que psychique. Il est évident que la toxicomanie est chez ce patient l'objet d'un profond sentiment de culpabilité.

La cure s'est déroulée dans d'excellentes conditions.

Le sujet souffrait d'une névrose anxieuse pour laquelle il suit un traitement chimiothérapique ; grâce à ce traitement, il ne ressent plus le besoin d'un apaisement par l'alcool.

OBSERVATION N° 17 -

M. B... Mansour, 37 ans - Marié, 8 enfants.

Exerce la profession de Chef d'Atelier mécanique.

Il a été scolarisé jusqu'à l'âge de 14 ans.

Il boit depuis l'âge de 18 ans. Le début de la toxicomanie se situerait au moment de l'Indépendance, date à laquelle il accède à un poste de responsabilité. Il buvait pour se calmer et pouvoir effectuer correctement son travail.

Il désire faire la cure afin de préserver sa santé.

A l'admission :

L'état physique et viscéral est satisfaisant.

Sur le plan psychiatrique :

Il exprime des idées de culpabilité, le fond thymique est plutôt dépressif.

L'anxiété est importante.

Durant son séjour, un traitement chimiothérapique est instauré, ce qui a pour effet de dissiper l'angoisse de notre malade.

La cure s'est déroulée dans de très bonnes conditions.

Depuis sa sortie, le patient nous rend visite régulièrement à chaque consultation, il réclame "ses comprimés" de tranquilisants, l'abstinence est totale, le succès est certain.

De plus, sur le plan professionnel, il a bénéficié d'une promotion qui lui permet d'améliorer sa situation financière.

OBSERVATION N° 18 -

M. B... Mohamed, 28 ans - Marié, 1 enfant.

Agent de bureau.

Il a été scolarisé jusqu'à l'âge de 15 ans sans toutefois obtenir le certificat d'études. Chez ce patient, on note une très grande

instabilité professionnelle. Il a sillonné tout le territoire algérien, travaillant un peu partout. Actuellement, il envisage de quitter son poste.

Il s'alcoolise depuis 10 ans, modérément au début, puis alcoolisation massive ces dernières années.

Il est séparé de sa famille qui lui reproche sa conduite.

Dans les antécédents, on note une sérologie positive qui a été traitée dans notre service.

Il s'est présenté lui-même à l'hôpital pour faire la cure.

L'état général est satisfaisant.

Sur le plan psychiatrique, on note :

Une anxiété importante.

Des accès d'insomnie.

Une tendance à l'irritabilité.

Durant son hospitalisation, il supporte mal la cure et ne semble pas trop être affecté par sa toxicomanie. Ce qui l'inquiète, c'est la sérologie positive.

Depuis sa sortie, il ne s'est jamais présenté à notre consultation.

OBSERVATION N° 19 -

M. A... Bezza, 35 ans - Marié sans enfant.

Il exerce la profession d'Agent de bureau.

Il s'adonne à la boisson depuis l'âge de 20 ans. Il a vécu en France depuis son jeune âge.

Le départ de sa toxicomanie se situe à la suite de conflits qui l'opposèrent à sa femme. Il affirme qu'il boit pour supporter son épouse qui est jalouse, acariâtre et surtout très autoritaire.

Il est décidé à faire la cure pour obéir à sa femme.

Dans les antécédents, on note une gastrectomie pratiquée en 1959.

Lors de son admission :

L'état général est mauvais, on note un important tremblement des extremités et des signes de polynévrite des membres inférieurs.
Sur le plan psychiatrique :

Il exprime des idées dépressives.

On note également un investissement hypocondriaque très important.

Durant son séjour, l'amélioration est nette tant sur le plan physique que sur le plan psychique.

L'adhésion du malade à la cure est totale.

Depuis sa sortie, le malade ne s'est jamais présenté à notre consultation.

OBSERVATION N° 20 -

M. B... Mustapha, âgé de 39 ans, célibataire.
Coiffeur, actuellement sans travail.

Il s'adonne à l'alcool depuis son plus jeune âge, la toxicomanie a été favorisée par son départ en France où il menait une vie très instable.

Dans les antécédents, on note :

Une hospitalisation en 1965 pour délirium tremens.

En 1967, une cure de dégoût a été effectuée.

En 1968, il a été de nouveau admis dans le service pour troubles du comportement. Il présentait souvent un état d'asthénie, d'insatisfaction hypocondriaque, d'impuissance sexuelle, constituant un véritable état dépressif.

L'état physique est franchement mauvais, les troubles neurologiques importants.

Une nouvelle cure est tentée (malgré ses antécédents).

A l'occasion d'une permission, le malade est retourné ivre-mort dans l'établissement.

Dès sa sortie, il reprend ses libations et refuse de se présenter à la consultation, malgré la pression de sa famille.

OBSERVATION N° 21 -

M. G... Rabah, âgé de 40 ans - Divorcé, 1 enfant.
Sans profession déterminée.

Son alcoolisme remonte à une quinzaine d'années.
Il existe chez ce malade un vieux passé de déséquilibre mental.
Il a abandonné, puis réintégré plusieurs emplois.

Dans les antécédents, on note :
Une tuberculose pulmonaire en 1954
Une cure de désintoxication en 1960.
Il a été arrêté à plusieurs reprises pour coups et blessures et tapage nocturne.

A son admission :

L'état général est déficient, il existe une hépatomégalie de 3 TD, les troubles neurologiques sont importants.

Sur le plan psychiatrique :

On note une véritable anesthésie morale et affective, l'indifférence est totale.

Durant son hospitalisation, le patient considère la cure comme un moyen pratique de se reposer. Il est en sécurité et la perspective d'une sortie éventuelle le remplit de crainte.

Depuis sa sortie, il ne s'est jamais présenté à la consultation.

OBSERVATION N° 22 -

M. D... Ali, âgé de 49 ans, marié père de 10 enfants.
Exerce la profession d'employé.

Il s'adonne à la boisson depuis quinze ans, consomme essentiellement du vin rouge.

Orphelin de père, il n'a jamais été scolarisé. Il a travaillé très jeune, occupant successivement plusieurs emplois.

Dans les antécédents, on note deux hospitalisations en milieu psychiatrique pour cure de désintoxication.

A son admission :

L'état général est conservé.

L'examen neurologique objective des signes de polynévrite des membres inférieurs.

Sur le plan psychiatrique :

Le patient a été admis pour état d'agitation avec agressivité le malade est déprimé et exprime des idées de culpabilité.

Durant son hospitalisation, il subit une nouvelle cure de déconditionnement à l'apomorphine et sort avec un traitement tranquillisant.

Depuis sa sortie, il ne s'est présenté qu'une seule fois à la consultation et il avoue avoir repris ses habitudes d'intempérance.

OBSERVATION N° 23 -

M. B... Mohamed, âgé de 41 ans - Marié, père de deux enfants.

Exerce la profession de peintre en bâtiment.

Issu d'une famille modeste, il n'a été scolarisé que pendant trois ans, il sait à peine lire et écrire.

Son alcoolisme est ancien, contracté pendant les nombreuses années de chômage qu'il a connues.

Depuis l'Indépendance, il s'adonne volontiers au kif et prend des barbituriques, le tout associé à l'alcool.

A son admission :

L'état général est déficient.

On note une importante hépatomégalie.

L'examen neurologique permet de mettre en évidence l'existence d'une polynévrite des membres inférieurs.

Sur le plan psychiatrique :

Le patient a été hospitalisé pour troubles du comportement consécutifs à une ingestion d'alcool méthylique. Il subit le cycle de désintoxication complet, l'amélioration de l'état général est spectaculaire, l'appétit revient.

La cure se déroule dans de bonnes conditions,le malade sort de l'hôpital avec un traitement à base de neuroleptiques.

Malgré deux convocations, il ne s'est jamais présenté à la consultation.

OBSERVATION N° 24 -

M. B... Okba, âgé de 31 ans - célibataire.
Ancien gendarme.

Il a été régulièrement scolarisé jusqu'au certificat d'études primaires. Il est issu d'un milieu aisé. Très jeune, il a commencé à travailler exerçant plusieurs métiers.

Le début de son alcoolisme remonte à 1960, date à laquelle notre malade est parti en France.

Son alcoolisme a été favorisé par sa profession : cuisinier dans une Compagnie de Navigation.

Devant la pression familiale, il revient au pays, il effectue un stage dans la gendarmerie où un poste lui est attribué. Sur les conseils de ses supérieurs hiérarchiques, il décide de subir une cure de désintoxication.

A l'admission :

L'état général est satisfaisant.

Sur le plan psychiatrique :

Le contact est excellent, le malade est sympathique, il considère son alcoolisme comme une maladie.

Durant l'hospitalisation, l'adhésion au service est bonne, il subit allègrement la cure et sort avec un traitement tranquilisant.

Cependant, dès sa sortie, très vite, il reprend ses habitudes d'intempérance et refuse de venir à la consultation, ce qui lui vaut l'expulsion de son poste.

OBSERVATION N° 25 -

M. S... Bachir, âgé de 27 ans - Divorcé.
Employé dans une Compagnie de Pétrole

Il est issu d'une famille aisée et a été scolarisé jusqu'à l'âge de 18 ans sans toutefois obtenir le baccalauréat.

Il s'adonne à l'alcool depuis 1962, ses libations revêtent par moment l'aspect de raptus dipsomaniaques accompagnés d'une asthénie intense et d'impuissance sexuelle.

C'est un garçon intelligent, sympathique. Il nous explique que son éthylisme inspire de la répulsion à sa famille qui est d'origine maraboutique.

Cette pression de l'entourage paraît d'excellent augure.

A l'admission :

L'état général est conservé.

L'examen neurologique est normal.

Sur la plan psychiatrique :

La thymie est dépressive - le patient est très culpabilisé.

Durant son hospitalisation, la cure complète est tentée et les résultats sont excellents.

Le patient sort avec un traitement à base de thymo-analeptiques.

Nous l'avons revu deux fois en un an. Il a repris normalement son travail, l'abstinence est totale.

OBSERVATION N° 26 -

M. F... Boubekeur, âgé de 33 ans - marié, père de 6 enfants.

Exerce la profession de docker.

Depuis 5 ans, il travaille irrégulièrement. Il ne sait ni lire,

ni écrire. Orphelin dès son jeune âge, il a travaillé très tôt comme coursier, commis etc...

Il s'adonne à l'alcool depuis l'âge de 16 ans, très irrégulièrement surtout par entraînement. Mais depuis 1963, date à laquelle il est embauché comme docker, l'ingestion d'alcool devient régulière ; peu à peu, il consacre la plus grande partie de ses ressources à la boisson. Sur les conseils de sa famille, il décide de faire la cure.

A l'admission :

L'état général est conservé.

L'examen physique et neurologique ne révèle rien de particulier. Sur le plan psychiatrique, on note :

Une thymie dépressive.

Un léger ralentissement de l'idéation.

Une discrète obnubilation.

Un traitement chimiothérapique est instauré. Le patient minimise sa toxicomanie qu'il impute au chômage. Il s'adapte très rapidement au service et subit la cure complète.

Depuis sa sortie, le patient est venu à deux reprises à la consultation externe. Il n'a pas repris la boisson et ceci, nous a été confirmé par son épouse.

OBSERVATION N° 27 -

M. M... Mohamed, âgé de 42 ans - Marié, père de six enfants.

Est employé dans un hôpital d'Alger.

Il a été scolarisé jusqu'au certificat d'études primaires.

Très tôt, il a commencé à travailler, fuyant le domicile familial car le père s'adonnait à l'alcool.

Notre malade s'alcoolise dès son jeune âge, modérément, puis régulièrement à partir de 1960. Il passe par de longues périodes d'abstinences volontaires.

Dans ses antécédents, on note trois hospitalisations en milieu psychiatrique pour cure de désintoxication.

A l'admission :

Le malade présentait un état d'agitation psycho-moteur.

A l'examen physique :

L'état général est conservé.

L'examen neurologique révèle des signes de polynévrite des membres inférieurs, les réflexes ostéo-tendineux sont diminués.

Sur le plan psychiatrique :

Le patient extériorise un délire de jalousie . Sa femme le trompe fait tout pour le contrarier.

Il souffre d'insomnies tenaces.

Après une cure de neuroleptiques, l'état mental s'améliore rapidement.

Le patient exprime le désir de subir une nouvelle cure de désintoxication malgré ses antécédents.

Après son hospitalisation, il sort avec un traitement à base de neuroleptiques et de vitamines.

Depuis sa sortie, il ne s'est jamais présenté à la consultation, malgré nos convocations.

OBSERVATION N° 28 -

M. D... Abdellah, âgé de 41 ans - Marié, père de 10 enfants.

Est ouvrier dans une teinturerie.

Il n'a été scolarisé que pendant trois ans ; il sait toutefois lire et écrire. Très jeune, il aidait son père à tenir un commerce.

Il s'adonne à la boisson depuis l'âge de 20 ans, très modérément surtout en fin de semaine.

A partir de 1962, il s'installe à ALGER. Malgré toute sa bonne volonté, il continue à boire, mais à son domicile, à l'insu des membres de sa famille.

A l'occasion d'une colique hépatique, le patient effrayé par les remarques de son médecin traitant, décide de subir la cure.

A l'admission, on note :

L'état général est conservé.

Une douleur à l'hypocondre droit.

L'examen neurologique révèle des signes de polynévrite des membres inférieurs.

Sur le plan psychiatrique :

La thymie est sub-dépressive.

Le patient extériorise des idées de culpabilité.

L'anxiété est importante.

Durant l'hospitalisation, l'état général du malade s'améliore rapidement. La cure complète est effectuée. La coopération du malade est totale, le désir de guérir est certain.

Depuis sa sortie, le patient a cessé tout recours à la boisson.

OBSERVATION N° 29 -

M. O... Mohamed, âgé de 39 ans - marié, père de 4 enfants.

Exerce la profession de maçon.

Il n'a jamais été scolarisé. Orphelin de mère, il a suivi son père dans tous ses déplacements. Il a exercé plusieurs métiers, finalement, il opte pour la maçonnerie.

Il s'adonne à la boisson depuis son service militaire. Le début de sa toxicomanie remonte à 1958, date à laquelle il a divorcé parce que sa femme collaborait avec les militaires.

Dans ses antécédents, on note l'existence d'une comitialité traitée plus ou moins régulièrement.

A son admission :

L'état général est conservé.

L'examen neurologique est normal.

Sur le plan mental :

Logorrhée intarissable.

Excitation psychique importante.

Un électroencéphalogramme pratiqué dans le service " le tracé est dans les limites de la normale".

Un traitement neuroleptique est instauré, l'amélioration de l'état mental est sensible.

Une cure de désintoxication est pratiquée.

Depuis sa sortie, le malade ne s'est jamais présenté à la consultation.

OBSERVATION N° 30 -

M. C... Kamel, âgé de 32 ans - Marié, père d'un enfant.

Exerce la profession de plombier.

Il a été scolarisé pendant 4 ans. Il est très coléreux et ses habitudes d'intempérance le rendent insupportable à sa famille.

Il s'adonne à l'alcool depuis l'âge de 16 ans avec une nette augmentation ces dernières années.

Il boit d'abord par entraînement, puis par imitation.

Sa toxicomanie remonte à trois ans, il a perdu tout contrôle. Il boit pour rechercher l'euphorie et un certain bouleversement émotionnel.

A l'examen :

L'état général est conservé.

L'examen neurologique est normal.

La cure est pratiquée dans de bonnes conditions.

Le malade est très culpabilisé et semble avoir pris conscience de sa déchéance.

Un traitement chimiothérapique est instauré.

Depuis sa sortie, le patient a été revu deux fois en un an, l'abstinence est totale (il est à noter qu'il est sous traitement thymo-analeptique) . Il est permis d'espérer un succès chez ce malade.

II - ANALYSE DES OBSERVATIONS -

L'analyse des observations nous permet de dégager un certain nombre de données chiffrées.

Nous allons envisager successivement :

- La répartition des résultats obtenus.
- Les résultats obtenus en fonction du type de buveur.
- La répartition en fonction de l'âge et du sexe.
- La comparaison des résultats selon les professions.

Tableau n° 1 - Répartition des résultats obtenus.

Nombre d'Observations	SUCCES (abstinence maintenue au delà du 18e mois).	ECHECS (reprise dans le 1er mois)
30	17	13

Le tableau n° 1 nous indique que nous avons eu 17 succès (abstinence maintenue au-delà du 18e mois) et 13 échecs (reprise dans le premier mois).

2°) Résultats en fonction du type de buveur.

Tableau n° 2 - Résultats en fonction du type de buveur.

TYPE DE BUVEUR	Nbre de cas	Succès	Echecs
Buveurs excessifs	0	0	0
Alcoolomanes primaires (dépendance primaire)	20	15	5
Alcoolomanes secondaires (dépendance après un long passé d'alcoolisation)	1	1	0
Alcoolisme symptômatique d'une affection psychiatrique caractérisée.	9	1	8

Il faut remarquer (tableau n°2) que ce sont les alcoolomanes primaires qui donnent le plus grand nombre de succès (15/20).

Références aux observations :

* Alcoolomanes primaires n° 2,3,4,5,7,10,12,13,14,15 16,17,18,19,21,24,25,26, 28,30.
* Alcoolomanes secondaires n° 11.
* Alcoolisme symptomatique d'une affection psychiatrique n° 1,6,8,9,20,22,23,27,29.

3°) Répartition en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau n° 3 - Répartition en fonction de l'âge,

A G E	Numéro d'Observation	Nombre
23 à 25 ans	2 - 5	2
25 à 30 ans	4,18,25	3
30 à 35 ans	1,6,8,9,12,15,19,24,26,30	10
35 à 40 ans	10, 16, 17, 20, 21, 29	6
40 à 45 ans	7, 11, 14,23, 27, 28.	6
45 à 49 ans	3, 13, 22	3

Il ressort du tableau n° 3 que la moitié de nos malades est âgée de moins de 35 ans et qu'au-delà de 45 ans le nombre de malades diminue sensiblement.

Tous nos malades sont du sexe masculin. Il n'y a eu que 2 malades du sexe féminin, l'une présentait des troubles névrotiques importants et consommait de l'alcool pour calmer son anxiété, l'autre, ancienne prostituée est actuellement hospitalisée dans le service.

4°) Comparaison des résultats selon les professions.

Tableau n° 4 - Comparaison des résultats selon les professions.

Professions	Nbre d'Observation	RESULTATS	
		Succès	Echecs
En chômage (N° 8, 9, 20, 21, 23, 24, 29).	7	0	7
Fonctionnaires	9	4	5
Employés de Sté Nationale	5	4	1
Enseignants	3	3	0
Ouvriers non spécialisés	5	5	0
Journaliste	1	1	0

Le gros contingent d'échec, plus de la moitié, est donc fourni par les chômeurs alors que nous rencontrons beaucoup de succès parmi les professions stables : enseignants, fonctionnaires, ouvriers non spécialisés.

Remarquons également que tous nos malades considérés comme guéris continuent à suivre régulièrement un traitement.

Sur 17 succès, 14 sont sous traitement anti-dépresseur et anxiolytique, tandis que trois sont sous traitement neuroleptique.

On peut se demander quel est le rôle joué par la cure, c'est ce que nous nous efforcerons de préciser dans notre synthèse.

III - CONDUITE DU TRAITEMENT -

L'alcoolisme étant une conduite toxicomaniaque, toute désintoxication doit être précédée d'un bilan complet, qui permettra d'apprécier l'importance des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. C'est un traitement de longue haleine exigeant beaucoup de tenacité de la part du malade et du médecin.

Le malade doit venir volontairement réclamer son traitement. Aucun succès n'est à espérer d'un patient qui ne coopère pas.

La cure comprend cinq phases :

1°) La prise en charge du malade et la préparation à la cure de désintoxication.

2°) Le sevrage et la correction des métabolismes perturbés.

3°) Le traitement de l'appétence alcoolique en provoquant une intolérance acquise aux boissons alcoolisées, ceci par l'utilisation d'une drogue : l'Apomorphine.

4°) Le traitement par appréhension se fait par l'utilisation du Disulfiram (Espéral).

5°) Surveillance du malade après son hospitalisation en consultation externe ou au dispensaire du secteur par la même équipe médicale.

1°) La prise en charge du malade.

Les malades hospitalisés présentent un état de dépendance variable mais constant à l'égard de l'alcool. Il importe, en premier lieu, de faire le diagnostic de la position psychopathologique du buveur.

La dépendance, comme nous l'avons souligné, caractérise la conduite toxicomaniaque. Cette conduite est toujours symptômatique d'une organisation régressive de la personnalité qui peut être :

- Névrotique
- Psychonévrotique
- Pré-psychotique
- Psychopathique.

Il faut cependant s'attacher à supprimer le symptôme d'émergence dominant (l'ingestion d'alcool) qui est pathogène. La suppression totale de toute boisson alcoolisée demeure une prescription absolue, elle s'effectue dès l'admission du malade.

Une psychothérapie élémentaire aide beaucoup à la réalisation d'une relation thérapeutique avec le malade.

2°) Le sevrage et la correction des métabolismes perturbés.

Cette phase permettra :

- La privation du toxique
- L'emploi d'une médication correctrice des troubles thymiques et caractériels, par l'emploi des neuroleptiques et d'anti-dépresseurs.
- Le traitement des troubles hépato-digestifs
- Le traitement de l'état carentiel (vitaminothérapie du groupe B).

Le sevrage n'a jamais posé de problèmes dans notre service, les patients supportent sans inconvénient la privation du toxique. Les troubles résultant de l'abstinence sont rares, depuis trois ans, nous n'avons observé que deux délirium trémens, de plus nous n'avons jamais eu recours à l'usage du CURETHYL.

Le sevrage est réalisé par l'utilisation :

- d'eau sucrée
- de perfusions de sérum glucosé

- d'extraits hépatiques injectables
- de vitamines B6 - B12
- de vitamines B1
- des tranquillisants :Equanil per os ou injectable
  Diazepam per os ou injectable.

- Si le sujet présente des troubles psychiques on utilise des neuroleptiques.

Ce traitement visant à désintoxiquer le malade est maintenu durant dix jours. On obtient :

- Un sevrage rapide sans aucun inconvénient physique ou psychique pour le sujet.
- Un retour du sommeil.
- Un appétit satisfaisant avec une reprise pondérale pouvant atteindre plusieurs kilogrammes.
- Une transformation notable de la thymie et la disparition des idées de culpabilité.

Tout ceci crée des conditions psychologiques favorables pour la suite du traitement. A cette phase, l'adhésion du malade est sincère et le désir de guérir est grand.

3°) Le traitement de l'appétence alcoolique.

Le traitement de l'appétence alcoolique est obtenue : par l'usage de l'Apomorphine.

L'apomorphine est un alcaloïde dérivé de la morphine, qui exerce un effet vomitif par action sur les centres végétatifs, supprime l'anxiété et rétablit les fonctions neuro-végétatives perturbées de l'alcoolique.

Ce traitement vise à créer un réflexe conditionné de répulsion vis à vis de telle ou telle boisson alcoolisée. Il s'agit de provoquer des vomissements répétés en administrant simultanément l'apomorphine et la boisson alcoolisée préférée.

La dose d'apomorphine à injecter varie selon la sensibilité du malade et ne peut être déterminée que par tâtonnement. Elle est de 5 à 15 milligrammes et s'administre par voie sous-cutanée. L'injection est suivie quelques minutes plus tard par l'absorption d'un ou deux verres de la boisson alcoolisée habituelle (vin - bière - anisette).

L'apomorphine agit une dizaine de minutes après son administration, le moment de l'ingestion d'alcool est calculé de telle sorte qu'il soit suivi le plus rapidement possible par les vomissements.

La sensibilisation oblige le plus souvent soit à réduire, soit à augmenter les doses.

Certains auteurs ont des préférences quant à la variation sur la cadence à donner aux séances.

- Soit, deux séances par semaine avec un total de 20 à 30 séances (ce qui a l'inconvénient d'augmenter la durée d'hospitalisation).

- Soit, 2 à 3 séances par matinée avec repos le reste de la journée.

- La méthode accélérée de FELDMANN qui a notre préférence, consiste à administrer jour et nuit de petites doses d'apomorphine, tout en faisant boire le patient. Ce qui provoque des vomissements subintrants. L'épreuve est arrêtée lorsque la seule vue de la bouteille ou la seule odeur de la boisson suffit à provoquer des vomissements.

Quelque soit la technique utilisée, cette méthode à des inconvénients :

- La répulsion s'estompe progressivement. Le réflexe conditionné disparaît en quelques semaines ou en quelques mois.

- Le dégoût créé par l'apomorphine n'intéresse pas toutes les boissons alcoolisées, mais seulement celle qui a été vomie.

- Ses contre-indications sont essentiellement les troubles cardiaques et circulatoires, les lésions gastriques graves, l'insuffisance hépatique modérée ne constituant pas une contre-indication.

Ces inconvénients font que la méthode à l'apomorphine ne s'emploie plus seule, mais doit être suivie d'une cure au Disulfiram.

4°) Le traitement par appréhension : Le Disulfiram (Espéral).

Le tétraéthylthiurame disulfure fut utilisé fortuitement en 1947 par HALD et JACOBSEN qui découvrirent la réaction incommandante que produisait l'ingestion d'alcool à celle du T.T.D.

Le sujet recevra selon sa sensibilité 1 à 2 comprimés à 0,50g d'Espéral tous les matins tout en maintenant une vitaminothérapie et des sédatifs. On fera l'épreuve Espéral-Alcool après une dizaine de jours de prise médicamenteuse. On tate la susceptibilité du sujet avec du vin à 10 ou 12 degrés. La première réaction est en général obtenue avec un verre de vin, on provoque chez le malade :

- Une tension de l'occiput.
- Une céphalée plus ou moins vive.
- Une tachycardie.
- Une rougeur du visage avec une congestion conjonctivale.

En principe, suivant l'état du sujet et de sa résistance on peut augmenter la dose d'alcool jusqu'à l'obtention d'un malaise franc avec :

- Une tachycardie importante : 140 pulsations/minute.
- Une chute de la tension artérielle.
- Une congestion notable de la face.
- Des céphalées violentes.
- Un véritable état d'angoisse.

La surveillance de cette période est délicate car la crise peut s'étendre sur plusieurs heures, il faut être prêt à intervenir avec l'emploi :

- de toni-cardiaques (Caféine - Ouabaïne)
- de Bécozyme injectable.
- d'Oxygénothérapie.

Un bilan biologique complet et un examen somatique sérieux particulièrement cardio-vasculaire devra précéder tout traitement à l'Espéral.

Les contre-indications sont assez nombreuses, elles visent particulièrement :

- Les hypertendus, les artério-scléreux.
- Les insuffisants cardiaques.
- Les diabétiques.
- Les cirrhotiques.
- Les épileptiques.

Après le choc Espéral-Alcool, le patient devra continuer à prendre son comprimé pendant de longs mois.

5°) Surveillance du malade après son hospitalisation en consultation externe.

Dès sa sortie de l'hôpital, le malade informé des effets de l'ingestion simultanée d'Esperal et d'alcool, devra se présenter tous les matins au service pour prendre son comprimé d'Esperal et ce, pendant trente jours. Par la suite, il est suivi régulièrement en consultation externe, le plus souvent l'alcool est remplacé favorablement par l'administration d'une thérapeutique sédative.

QUATRIEME PARTIE

- ETUDE PROJECTIVE -

" Dans une façon de voir se
projette une façon d'être".

J. DELAY

I) INTRODUCTION AU TEST DE RORSCHACH -

La personnalité est l'organisation dynamique de la vie psychique qui existe sur un organisme en relation édifié sur une hérédité, conférant une identité et évoluant dans l'unité, sur la base d'expériences originelles et originales (Kh. BENMILOUD).

La personnalité est une structure dynamique se caractérisant par un style dans l'action et une manière d'assumer les diverses situations.

Chaque sujet a son propre univers - vécu non réfléchi - Cet univers n'est pas homogène (certaines de ses régions sont plus sensibles que d'autres). Il est égocentrique (il n'a de signification que pour le sujet). Il n'est pas objectif. Il est chargé affectivement. Cet univers est irrationnel (il échappe à notre réalité logique quotidienne). Il est fantasmique dans la mesure où des images hantent la conscience du sujet.

Il est structuré en ce sens qu'il implique une organisation du monde, laquelle ressort d'ailleurs dans le comportement. Pour faire apparaître les structures de l'univers vécu non réfléchi, il faut un matériel non structuré : c'est le cas du test projectif de Rorschach, interpréter les planches de Rorschach d'un sujet c'est mettre en évidence sa structure, son "squelette mental".

On observe dans le test de Rorschach la libre activité créatrice du sujet, de la même manière qu'on peut remonter d'une oeuvre à son créateur, on cherche l'expression de sa personnalité.

La projection est l'un des aspects du mécanisme d'expression de soi ; l'expression de soi n'est pas seulement à un niveau conscient et réfléchi, mais aussi à un niveau inconscient, vécu, non réfléchi.

L'interprétation du Rorschach est dynamique, en ce sens qu'elle s'efforce de saisir les inter-relations des processus se déroulant à l'intérieur d'une personnalité, et dans les rapports de celle-ci à autrui et au milieu social. L'intérêt de Rorschach, est qu'il nous fournit des informations en partant de la perception. Il démontre que nous ne percevons pas les choses de la même façon et que la personnalité est déjà engagée au niveau de la perception.

* *

*

II - TESTS DE RORSCHACH -

Test de Rorschach N° 1 -

M. H... Hacène - 35 ans.

Protocole avec un nombre de réponses très faible, donné en un temps assez rapide et rendant difficile une interprétation.

On note une assez bonne intelligence globalisatrice, mais avec une mauvaise perception des formes.

Le type de résonance intime indique la présence d'une affectivité labile et coartée.

En conclusion :
Accès dépressif sur fond névrotique
Structure paranoïaque
Impulsivité importante.

Test de Rorschach N° 2 -

M. H... Brahim - Célibataire, âgé de 23 ans.
Exerce la profession d'enseignant.

Protocole avec un nombre de réponses moyen, donné en un temps moyen.

Intelligence globalisatrice avec plus ou moins bonne perception des formes.

Inhibition intellectuelle dûe aux problèmes d'ordre affectif.

Présence de nombreux signes anxieux, se traduisant par le refus de la planche 10 trop insécurisante et réactivant un sentiment d'insécurité intérieure.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle, avec cependant des aspirations à une adaptation sociale

(très possible) et à une adaptation familiale, (plus difficile à atteindre du fait des chocs aux planches IV et VI).

On note une arriération affective, les contacts humains sont superficiels et suscitent l'angoisse.

Il cherche à se protéger, à jouer un rôle très différent du rôle attendu ou de son rôle réel.

En conclusion :

Névrose d'angoisse.

Test de Rorschach n° 3 -

M. Y... El Mahfoud - 48 ans - Marié.
Contrôleur des Contributions.

Protocole avec un nombre de réponses moyen donné en un temps allongé.

Le temps de latence est particulièrement élevé.

On note une détérioration intellectuelle : interprétation mouvante par contamination sans souci de logique ; de plus, mauvaise perception des formes.

Le type de résonance intime, indique une affectivité conflictuelle avec une tendance à la dilatation.

Régression au stade oral.

Problèmes sexuels importants.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose limite avec possibilité d'évolution vers le délire.

Test de Rorschach n° 4 -

M. Z... Farouk - 30 ans - Divorcé.

Journaliste.

Protocole avec un nombre de réponses élevé, donné en un temps moyen.

L'intelligence globalisatrice est moyenne, mauvaise perception des formes.

Absence d'interprétations humaines qui montre une déperdition du contact humain (confirmé par la planche III).

On note un début de détérioration, avec une tendance à l'autisme.

Baisse de l'attitude interprétative ; le patient se projette ; son monde intérieur envahit l'univers qui l'entoure.

La formule d'angoisse est très élevée.

Le type de résonance intime indique un étouffement de la vie affective et coarté.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose d'angoisse limite.

Possibilité d'évolution psychotique.

Test de Rorschach n° 5 -

M. Z... Omar - 23 ans - Célibataire.

Agent de bureau.

Protocole avec un nombre de réponses peu élevé, donné en temps long.

L'intelligence globalisatrice est bonne avec une perception des formes, moyenne.

Les mécanismes de défense sont très puissants.

Le psychisme rigide est à la limite de la psychose.

Importantes difficultés d'insertion devant toutes les situations, particulièrement devant les situations affectives.

Le type de résonance intime indique un blocage de l'affectivité.

Le "Moi" est relativement solide.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose grave avec une rigidité pré-psychotique.

Test de Rorschach n° 6 -

M. Z... Mohamed - 31 ans - Marié, 2 enfants.

Garçon de café.

Protocole avec un nombre de réponses moyen donné en un temps moyen.

L'intelligence concrète est bonne avec une perception des formes plus ou moins correcte..

On trouve peu de banalités. Importants troubles de l'identification du "Moi" et non participation à la pensée collective.

Tendances agressives très nettes.

Présence de réponses complexuelles paranoïdes et sadiques.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Il s'agit d'un délire de persécution chez un psychotique paranoïaque.

Test de Rorschach n° 7 -

M. T... Abderrahmane - 41 ans - Célibataire.
Employé dans une Société Nationale.

Protocole avec un nombre de réponses élevé donné en un temps allongé.

Assez bonne intelligence globalisatrice, mais mauvaise perception des formes.

Le type d'appréhension traduit l'existence de grosses difficultés d'adaptation.

Le sujet est en prise à une très forte crispation.

On note trois chocs névrotiques graves :

- Inhibition de la personnalité devant toute situation dangereuse, ce qui se traduit par de l'agressivité.
- Devant les situations d'autorité, le sujet est envahi par l'angoisse.
- Choc de la relation à autrui, refus de s'ouvrir sur le plan socio-affectif, inhibition de la relation et du sentiment.

Le type de résonance intime indique :

Un début d'étouffement de la vie affective avec tendance à la coartation.

Homosexualité latente.

En conclusion :

Il s'agit d'un état dépressif chez une personnalité névrotique.

L'avenir est très anxiogène.

Test de Rorschach n° 8 -

M. E... Mohamed - 32 ans - Marié, 2 enfants.
Artisan- Graveur.

Protocole avec un nombre de réponses faible, donné en un temps rapide.

Détérioration intellectuelle, la perception des formes est morcelée.

L'agressivité est très marquée, rendant difficile l'adaptation sociale.

Présence de nombreuses réponses complexuelles et sado-masochistes.

Le type de résonance intime, indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose limite avec possibilité d'évolution vers la psychose.

Test de Rorchach n° 9 -

M. H... Mohamed - Marié, 2 enfants.- 35 ans.
Commerçant.

Protocole avec un nombre de réponses moyen, donné en un temps allongé.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une mauvaise perception des formes dénotant un niveau intellectuel sub-normal.

Stéréotypies,nombreuses persévérations, références personnelles et similitudes,soulignent une profonde inadaptation socio-professionnelle.

Réponses complexuelles telles qu'on les retrouve dans les protocoles d'homo-sexuels. Chocs ambivalents à toute image masculine et paternelle.

Le type de résonance intime, indique une affectivité extratensive avec une très forte impulsivité sous-jacente et un manque de contrôle émotionnel.

En conclusion :

Il s'agit d'un sujet peu intelligent paraissant entrer dans la catégorie des psychopathes impulsifs.

Test de Rorschach n° 10 -

M. Z... Salah - 37 ans - Marié, 6 enfants.
Professeur d'arabe.

Protocole avec un nombre de réponses moyen, donné en un temps allongé.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une bonne perception des formes.

Absence totale de kinesthésies et d'interprétation humaine avec un refus de la planche III, traduisant ainsi des troubles de l'identification du "Moi".

Nombreuses réponses botaniques et minérales qui traduisent l'existence d'une certaine rigidité.

Existence de problèmes sexuels.

Le type de résonance intime, indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Personnalité hystérique.
Névrose limite avec possibilité d'évolution vers le délire.

Test de Rorschach n° 11 -

M. O... Mohamed - 41 ans - Marié, 3 enfants.
Gardien dans un lycée.

Protocole avec un nombre de réponses moyen, donné en un temps allongé.

L'intelligence est du type concret mais avec une difficulté de synthèse perceptive.

La formule d'angoisse est très élevée.

Présence de nombreuses réponses complexuelles masochistes importantes préoccupations hypocondriaques.

Homosexualité latente.

Le type de résonance intime, indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Névrose hystérique sur un fond de personnalité dépressive.

Test de Rorschach n° 12 -

M. M... Brahim - 33 ans, Marié , 1 enfant.
Brigadier de Police.

Protocole avec un nombre de réponses peu élevé, donné en un temps court.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une mauvaise perception des formes.

Existence de problèmes sexuels non résolus et de problèmes affectifs : narcissisme affectif, instabilité émotionnelle, suggestibilité.

Personnalité en conflit présentant des troubles du type névrotique.

La formule d'angoisse est élevée, existence de mécanismes de défense assez puissants.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose hystérique.

Test de Rorschach n° 13 -

M. A... Arezki - 45 ans - Marié, 6 enfants.
Serrurier.

Protocole avec un nombre de réponses moyen, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type concret avec une perception des formes plus ou moins bonne..

L'agressivité est constante rendant l'adaptation sociale difficile.

Présence de nombreuses réponses complexuelles paranoïdes.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle avec tendance à la coartation.

En conclusion :

Névrose d'angoisse.
Structure paranoïaque.

Test de Rorschach n° 14 -

M. O... Ramdane - 41 ans - Marié, 7 enfants.
Employé dans une banque.

Protocole avec un nombre de réponses faible, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une mauvaise perception des formes.

Personnalité inhibée, très limitée sur le plan intellectuel présence d'importantes barrières de défense pouvant aller jusqu'à la méfiance.

Le "Moi" est faible, non destructuré.

La formule d'angoisse est très élevée.

Le type de résonance intime indique un étouffement de l'affectivité avec une dominante à l'introversion.

En conclusion :

Il s'agit d'un état dépressif chez une personnalité névrotique, immaturité affective.

Test de Rorschach nº 15 :

M. O... Mouloud - 3[illegible] ans - Marié, 2 enfants.
Employé dans une Caisse de Sécurité Sociale.

Protocole avec un nombre de réponses élevé, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une assez bonne perception des formes.

La formule d'angoisse est très élevée.

On note un début d'effondrement du "Moi", l'effondrement est cyclique survenant lors des conflits avec l'autorité (famille, supérieurs).

Le "Moi" est faible, fissuré, existence d'un sentiment de culpabilité, d'idées d'infériorité.

Le type de résonance intime indique un blocage de la vie affective.

En conclusion :

Névrose d'angoisse.

Test de Rorschach n° 16 -

M. I... Mohamed - 39 ans - Célibataire.
Professeur.

Protocole avec un nombre de réponses élevé, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type concret avec une assez bonne perception des formes.

La formule d'angoisse est très élevée, les mécanismes de défense sont assez fragiles.

Les relations sociales sont archaïques et traduisent un profond malaise.

Le sujet n'intègre pas sa sexualité dans son "Moi". Il refuse l'image sexuelle du père et par là même la sexualité.

Le "Moi" est relativement solide.

Le type de résonance intime indique un blocage de l'affectivité.

En conclusion :

Névrose d'angoisse.

Test de Rorschach n° 17 -

M. B... Mansour - 37 ans - Marié, 8 enfants.
Chef d'atelier mécanique.

Protocole avec un nombre de réponses faible, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une assez bonne perception des formes.

Existence de difficultés dans les relations sociales.

La formule d'angoisse est élevée.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Personnalité hystérique sur un fond de névrose phobique.

Test de Rorschach nº 18 -

M. B... Mohamed - Marié, 1 enfant.
Agent de bureau.

Protocole avec un nombre de réponses élevé, donné en un temps allongé.

L'intelligence est concrète avec une perception des formes plus ou moins bonne et une difficulté de synthèse.

Présence de nombreux signes d'insécurité et d'immaturité affective (réponse : enfant ou homme-enfant).

Le "Moi" est faible.

Importante régression orale.

Le type de résonance intime indique un blocage de l'affectivité avec une dominante introversive.

En conclusion :

Névrose d'angoisse.

Test de Rorschach nº 19 -

M. A... Bezza - 35 ans - Marié sans enfant.
Employé de bureau.

Protocole avec un nombre de réponses moyen donné en un temps allongé.

L'intelligence est du type concret avec une assez bonne perception des formes.

La formule d'angoisse est très élevée, les mécanismes de défense sont fragiles.

Existence de nombreuses réponses comlexuelles paranoïdes.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle bloquée, inhibée avec tendance à la coartation.

En conclusion :

Névrose phobique.
Structure paranoïaque.

Test de Rorschach n° 20 -

M. B... Mustapha - 39 ans - Célibataire.
Coiffeur.

Protocole avec un nombre de réponses faible, donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une assez bonne perception des formes.

La formule d'angoisse est élevée.

Agressivité introjetée et existence d'un sentiment d'insuffisance..

L'adaptation sociale est difficile.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle.

En conclusion :

Névrose d'angoisse chez une personnalité à tendances dépressives.

Test de Rorschach n° 21 -

M. G... Rabah - 40 ans - Divorcé, 1 enfant.
Sans profession déterminée.

Protocole avec un nombre de réponses peu élevé donné en un temps moyen.

L'intelligence concrète avec une bonne perception des formes.

Présence de quelques signes d'anxiété : choc et refus (Planche VI).

Le type de résonance intime indique une affectivité intratensive avec une forte impulsivité sous-jacente.

Arriération affective.

Problème sexuel.

En conclusion :

Personnalité dépressive à tendances hystériques.

Test de Rorschach nº 22 -

M. D... Ali - 49 ans. Marié, 10 enfants.

Exerce la profession d'employé.

Protocole avec un nombre de réponse élevé, donné en un temps moyen.

On note une détérioration intellectuelle avec une mauvaise perception des formes. et une impossibilité de synthèse.

Le taux de banalité est très faible. De plus, on relève des troubles de l'identification et une non participation à la pensée collective.

La formule d'angoisse est très élevée.

Le contenu de réponses est morcelé.

On retrouve de nombreux signes obsessionnels.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle avec une dominante introversive.

En conclusion :

Episode délirant chez un sujet probablement psychotique.

Test de Rorschach n° 23 -

M. B... Mohamed - 41 ans - Marié, 2 enfants.
Peintre en bâtiment.

Protocole avec un nombre de réponses élevé, donné en un temps allongé.

Détérioration intellectuelle avec difficulté de synthèse perceptive : formes morcelées.

Agressivité importante vis-à-vis du milieu externe.

Présence de réponses complexuelles phalliques et paranoïdes.

La formule d'angoisse est très élevée.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Il s'agit d'une névrose d'angoisse limite, l'évolution vers une destructuration est possible.

Test de Rorschach n° 24 -

M. B... Okba - 31 ans - Célibataire.
Ancien gendarme.

Protocole avec un nombre de réponses moyen donné en un temps rapide.

L'intelligence est du type globalisatrice avec plus ou moins bonne perception des formes indiquant un niveau intellectuel moyen.

La formule d'angoisse est très élevée, elle atteint un taux pathologique.

Refus de la planche sexuelle.

Les relations humaines sont superficielles.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion ;

Etat névrotique (névrose obsessionnelle) avec un important problème sexuel prenant une allure obsessionnelle et ayant atteint la personnalité en profondeur.

Test de Rorschach n° 25 -

M. S... Bachir - 27 ans - Divorcé.
Employé dans une Compagnie de Pétrole.

Protocole avec un nombre de réponses peu élevé, donné en un temps allongé, dénotant une personnalité dépressive.

Le nombre élevé d'interprétation anatomique ne permet pas une interprétation valable du protocole.

Les traits qui peuvent être soulignés sont :
- un certain caractère obsessionnel.
- des traits phobiques.
- une inadaptation socio-professionnelle.
- un taux d'angoisse important.
- un problème sexuel envahissant.
- une très forte impulsivité explosive sous-jacente.

Test de Rorschach n° 26 -

M. F... Boubeker - 33 ans - Marié, 6 enfants.
Docker professionnel.

Protocole avec un nombre de réponses donné en un temps plus ou moins long.

On note des confabulations dans toutes les situations et surtout dans les situations sociales et affectives.

Les situations nouvelles sont teintées de sexualité, et cela crée des impulsions non contrôlées.

Dans les situations chargées de risque et les situations quotidiennes, on note une très forte impulsivité et l'absence de tout contrôle.

Tendances obsessionnelles avec aspect sexuel.

Le type de résonance intime indique une affectivité conflictuelle à dominante extratensive.

En conclusion :

Etat pré-psychotique.
Actuellement, présence d'excellents mécanismes de défense.
L'évolution vers le délire est à redouter.

Test de Rorschach n° 27 -

M. M... Mohamed - 42 ans - Marié, 6 enfants.
Employé dans un Hôpital d'Alger.

Protocole extrêmement pauvre avec de nombreux refus ou tendances.

Refus,de nombreux chocs, des réponses, description et symétrie traduisant d'une part, une personnalité en conflit et, d'autre part, un caractère méfiant, opposant où prédomine une forte agressivité.

A souligner par ailleurs, la profonde inadaptation socio-professionnelle, les troubles des relations parentales, la forte anxiété devant le monde.

Les relations sociales et humaines sont perturbées (absence totale de réponses humaines).

A noter aussi des traits en faveur de séquelles d'un "délire alcoolique".

Le seul élément positif est le pourcentage assez proche de la normale des réponses banalités indiquant une capacité de participation à la pensée collective assez bonne, mais superficielle car ne reposant pas sur des bases affectives.

Au total, le présent protocole est celui d'un malade en période de rémission qui, du fait de la fragilité de sa personnalité peut, à tout instant, entrer en phase dissociative.

Test de Rorschach n° 28 -

M. D... Abdallah, 41 ans - Marié, 10 enfants.
Est actuellement ouvrier dans une teinturerie.

Protocole avec un nombre de réponses faible donné en un temps moyen.

L'intelligence est du type globalisatrice avec une bonne perception des formes.

Le patient est enfermé dans un système obsédant - Rigidité, désadaptation - ce qui correspond à un étouffement progressif de la vie affective et personnelle.

Pas de signe de détérioration intellectuelle.

Incertitude intérieure devant toutes les situations nouvelles.

L'agressivité est refoulée, importantes difficultés devant les situations socio-affectives habituelles.

On note une diminution de la capacité d'identification aux humains, donc stéréotypie de la pensée qui est rigide et pallie ses difficultés d'adaptation par une contracture de sa personnalité.

Le type de résonance intime indique :

- Un blocage affectif intense par échec de provocation de l'affectivité profonde.

- Absence de l'expression de soi dans la relation socio-affective.

En conclusion :

Névrose obsessionnelle laissant craindre une évolution psychotique.

Test de Rorschach n° 29 -

M. O.... Mohamed - 39 ans - Marié, 4 enfants.
maçon.

Protocole difficile à interpréter étant donné les importantes persévérations et stéréotypies. Ainsi, le nombre de réponses et le temps ne sont plus significatifs.

Refus du monde extérieur entraînant une grave inadaptation sociale.

Le type de résonance intime indique une affectivité labile et coartée. La sphère affective paraît atteinte très en profondeur avec possibilité de décharges brusques, violentes.

En conclusion :

Il est très difficile de faire la part des traits de l'épilepsie et de ceux manifestant d'autres troubles de la vie mentale, néanmoins, la personnalité paraît actuellement plus psychotique et névrotique.

Test de Rorschach n° 30 -

M. C... Kamel - 32 ans - Marié, 1 enfant.
Plombier de son état.

Protocole avec un petit nombre de réponses donné en un temps moyen avec barrages, phrases non terminées, interprétations volontairement non exprimées.

Intelligence globalisatrice avec mauvaise perception des formes dûe à des troubles de jugement faussant les interprétations.

Nombreux signes anxieux.

Les réponses complexuelles sont liées d'une part, à de mauvaises relations avec l'image paternelle ayant entraîné une névrose phobique; d'autre part, un choc sexuel non moins grave, persévération de thèmes se rapportant à la femme en réponses mal vues, préoccupations paraissant obsessionnelles.

Effort d'adaptation sociale mais désintérêt en profondeur et inadaptation socio-affective à l'entourage.

Le type de résonance intime indique une affectivité légèrement conflictuelle avec possibilité de décharges explosives violentes, immédiates et réactionnelles.

La première formule est extratensive (avec 2 C pures) alors qu'en profondeur existe un certain contrôle émotionnel : c'est surtout la réaction première qui est impulsive et violente.

En conclusion :

Le protocole laisserait penser à une névrose ancienne entraînant une certaine dévitalisation et insensibilité, mais restant névrotique.

III) ANALYSE DES TESTS DE RORSCHACH -

1°) Le type de résonance intime.

Il reflète les réactions affectives de l'individu et la manière dont elles se manifestent.

Le type de résonance intime établit la balance des attitudes introversives et extratensives du sujet; elle est constituée par la somme des réponses grandes kinesthésies humaines (K) comparée à la somme des réponses couleurs (C).

Le facteur K est le facteur stabilisant par excellence de l'affectivité qui est fonction du nombre de K.

Le facteur C représente l'indice de l'affectivité adaptée la dominante affective de la relation voire l'indice de l'impulsivité.

Selon la somme des facteurs K et C, nous aurons :

- Les intratensifs.
- Les extratensifs.
- Les ambivalents.
- Les coartés et coartatifs.

a) Si la somme des K est supérieure à la somme des C nous sommes devant un intratensif. L'intratensif est renfermé, il a une vie intérieure intense, ses relations affectives sont stables. Il est secondaire.

b) Si la somme des K est inférieure à la somme des C nous sommes devant un extrátensif. Pour l'extratensif, le contact affectif est aisé et superficiel. Il perd facilement son contrôle émotionnel, son affectivité est instable. L'extratensif réagit immédiatement. Il est primaire.

c) Si la somme des K est égale à la somme des C, nous sommes devant un ambivalent. L'ambivalent est incapable de se choisir introversif ou extratensif. Il est bloqué indécis.

d) Si le rapport de la somme des K et C est égale à 1, nous avons affaire à un coartatif. Si le rapport est égal à zéro, nous avons affaire à un coarté. Le coarté et le coartatif sont des sujets psychiquement rétractés (rétrécissement de la personnalité, des intérêts vivants, des investissements psychiques) fortement refoulés.

La coartation est un signe d'appauvrissement de la vie intérieure affective émotionnelle. Elle traduit une inhibition de la personnalité et constitue le plus souvent un signe d'immaturité affective. La coartation est retrouvée à l'état normal chez les adolescents.

2°) Les résultats.

Tableau n° 6 - Répartition des résultats selon le type de résonance intime.

	Nombre	Références aux observations
* Coarté et Coartatifs. soit la moitié de nos malades.	15	N° 1,2, 3, 4, 5, 7, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 28, 29.
* Extratensifs soit le tiers de nos malades.	10	N° 6, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 23, 26, 30.
* Intratensifs. soit 1/10e de nos malades.	3	N° 14,18, 22.
Interprétation non valable.	2	N° 25, 27.

Le tableau n° 6 montre que :

- La moitié des malades sont coartés et coartatifs.
- Le tiers des malades sont extratensifs.
- Le dixième seulement des malades sont intratensifs.

Tableau n° 7 - Résultats des protocoles.

PROTOCOLES	Nombre	Références aux tests
Protocole névrotique	16	N° 2, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30.
Protocole pré-psychotique	10	N° 1, 3, 4, 5, 8, 10, 23, 26, 28, 29.
Protocole psychotique	4	N° 6, 9, 22, 27.

Le tableau n° 7 montre que :

- Plus de la moitié des malades est constituée par des personnalités névrotiques.
- Le tiers des malades est constitué par des pré-psychotiques.
- Le reste est constitué par des psychotiques.

Ces résultats correspondent approximativement aux résultats cliniques.

CINQUIEME PARTIE

- ETUDE SYNTHETIQUE -

" Il en est qui écouteront ta doctrine; mais peux-tu faire entendre les sourds ? Ils sont privés d'intelligence".

LE CORAN

Dans notre pays avant l'Indépendance, l'alcoolisme traduisait l'existence d'une profonde désorganisation de la personnalité. Le contrôle exercé par le groupe social avait préservé les populations contre les dangers de ce fléau. Mais depuis l'Indépendance, à la faveur des bouleversements socio-économiques qu'a connu notre pays, nous assistons à une véritable alcoolisation favorisée par :

- Une importante production de vin et de bière.
- Les profondes mutations qui secouent notre société.

* Nous avons constaté que la plupart des patients hospitalisés dans le service présentaient une personnalité particulière. Ce qui nous permet de distinguer deux types de malades.

1°) Les alcooliques qui s'adonnent à la boisson sans aucun contrôle, ceux qui s'abandonnent à leurs impulsions. Chez ces patients pré-psychotiques ou psychotiques l'attirance pour l'alcool n'est qu'un aspect de leur désorganisation psychique. Ces malades qui constituent le tiers de nos patients présentaient avant la cure des affections mentales caractérisées et sont actuellement traités avec des neuroleptiques (Tableau n° 2).

2°) Les alcooliques qui ont conscience de leur déchéance et qui essaient de lutter contre leur toxicomanie. Dans ce groupe de malades, la dépendance est d'emblée primaire. Elle date des premières expériences éthyliques. Ces patients qui constituent les deux tiers de nos malades (Tableau n° 2) présentent pour la plupart une organisation névrotique de la personnalité dont l'alcoolisme n'est qu'un symptôme. Dans ce groupe, on peut classer :

- Les cyclothymiques aux impulsions épisodiques.
- Les anxieux, les déprimés, les psychasthéniques.
- Tous les sujets souffrant d'une coenothymie pénible avec des besoins fréquents de stimulants.

Chez ses sujets nous retrouvons un ensemble psychologique dysharmonieux. Ils sont incapables d'équilibrer les différents éléments de leur personnalité. L'alcool leur procure un équilibre qui permet à l'homme normal de vivre en harmonie avec son milieu.

* Dans notre pays, nous pouvons affirmer qu'il n'existe pratiquemment pas d'alcoolomanes secondaires (Tableau n° 2), la dépendance est d'emblée primaire. L'alcool-aliment n'existe pas en Algérie (par interdit religieux). La consommation de boissons alcoolisées se fait toujours à l'extérieur des foyers. Elle s'effectue sur un mode intermittent et irrégulier. La quantité consommée est généralement excessive et conduit souvent à l'ivresse.

L'alcoolique algérien boit par distraction, il s'intègre rapidement dans un "groupe de consommation" qui constitue un groupe néoformé, non structuré. Au sein de ce groupe la quantité absorbée (bière surtout)est accompagnée de kémia. Ce qui prédomine c'est l'oralité : boire et manger. Ce comportement prend ses racines dans la dépendance orale. Pour comprendre l'organisation de cette personnalité, il convient de reprendre certains aspects du développement de l'enfant. Pour les psychanalystes les besoins de l'enfant doivent être satisfaits immédiatement ; dans le cas où ils ne le sont pas, l'enfant réagira à cette frustration comme à un traumatisme. Le sujet agit dans la perspective infantile qui vit toute tension comme un traumatisme dangereux. Toutes les actions sont dirigées vers un but négatif - faire cesser la tension ressentie - comme le nourrisson veut faire cesser une sensation de faim qui menace son existence. Cela se manifeste sur le plan de la terminologie analytique par :

- Une fixation érotique orale.
- Une absence de différenciation et d'organisation objectale de la libido (Elan vital) qui ne fixe au malade que des buts passifs et narcissiques. Il n'est régi que par le seul principe du plaisir.
- L'existence d'une dysfonction entre les instances de la personnalité. Il y a " isolement du SURMOI", le MOI est libéré de toute

de toute inhibition. Une fois l'acte accompli (appétence pour le toxique) le SURMOI se " remanifeste" et l'on assiste à la phase de remords si souvent notée chez les alcooliques.

* Chez nos malades il est remarquable qu'ils s'imposent volontairement le sevrage durant le mois du Ramadhan où l'abstinence est totale. Il est à noter que tout alcoolique qui effectue un pélerinage à la Mecque abandonne définitivement la boisson. Ce comportement nous permet d'évoquer l'importance du SURMOI social ou SURMOI tuteur.

* Le tableau n° 1 nous montre que parmi tous nos malades nous avons obtenu deux tiers de succès (abstinence au-delà de 18 mois). Soulignons le fait que tous nos patients considérés comme guéris sont suivis à la consultation externe et sont traités depuis leur sortie de l'hôpital avec des thymo-analeptiques et des tranquillisants. On peut se demander quel rôle il faut attribuer à la cure de dégoût et celui qui revient à la chimio-thérapie. Avons-nous substituer à l'alcool une autre dépendance à l'égard de produits chimiques tout en respectant " l'oralité".

Tableau n° 8 - Effets comparatifs de l'alcool et des médications psychotropes.

ACTION	Alcool	Barbituriques	Thymo-Analeptiques	Tranquillisants
Euphorie	+	0	0	+
Sédation	+	+	+	+
Stimulation	+	Effet paradoxal	0	+
Désinhibition	+	0	+	+
Accoutumance	+	0	+	+
Assuétude	+	0	0	+

Il ressort de ce tableau n°8 que les tranquillisants et les thymo-analeptiques, calment l'anxiété, lèvent les inhibitions et stimulent les patients. Dans ce cas, on peut dire qu'après la cure de désintoxication, nous avons corrigé les troubles névrotiques de nos malades en leur procurant un équilibre entretenu par :

- Une abstinence complète.
- Une chimio-thérapie appropriée.

* De notre étude projective au Rorschach (Tableau n°6) il ressort que la moitié de nos patients est constituée de coartés et de coartatifs. La coartation est un signe de pauvreté de la vie affective, elle traduit une inhibition de la personnalité.

Le tiers de nos malades est constitué par des extratensifs (Tableau n° 6). Chez l'extratensif l'affectivité immédiate prédomine. L'extratensif semble représenter le type le plus répandu dans notre pays.

On peut se demander si l'ingestion d'alcool ne représente pas pour nos alcoolomanes une "thérapeutique sauvage" des troubles de la personnalité et ne constitue pas la seule possibilité d'expression extratensive.

SIXIEME PARTIE

- ETUDE MEDICO - SOCIALE -

" Peut-être le sens le plus intéressan
du mot fléau social est-il celui
de fléau nécessitant des mesures
d'ordres social ... parce que
seules des mesures sociales peuvent
en venir à bout".

H. PEQUIGNOT.

La thérapeutique des toxicomanies en général et de l'alcoolisme en particulier pose de graves problèmes sociaux. En effet, si le traitement de l'alcoolisme-maladie était institué sur une grande échelle sans que soient appliquées prallèlement des mesures prophylactiques sociales sérieuses, basées sur la lutte contre le chômage, le relèvement du niveau de vie, l'éducation du public, cela risquerait fort d'accroître le fléau au lieu de le supprimer. Car le traitement n'est pas tout. Est-ce à dire que la thérapeutique n'a qu'un rôle secondaire ? Certes non mais à la seule condition que le médecin ne se borne pas à son rôle de thérapeute et prenne conscience de l'importance du rôle social et qu'il dénonce l'alcoolisme qui, malheureusement prend de l'importance dans notre pays.

I/ L'ALCOOLISME ET LA SOCIETE -

En Algérie, malgré les interdits religieux, l'alcoolisme engendre des conflits sociaux et familiaux.

1°) Longévite - Mortalité - Morbidité.

Dans les statistiques des compagnies d'assurances, il apparaît que l'abstinent a une longévité supérieure de 10% à celle de l'alcoolique.

Dans beaucoup de pays la mortalité masculine, excède la mortalité féminine. De nombreuses recherches ont conduit les spécialistes à incriminer l'alcool.

Dans les pays européens, le tiers de malades admis dans les hôpitaux psychiâtriques est constitué par des alcooliques. Il en est de même dans les services de médecine où 30 à 40% des malades présentent un terrain alcoolique.

Cette situation n'existe pas encore en Algérie, mais il est indéniable qu'insidieusement le mal se répand et que le nombre d'alcoolomanes augmente chaque année.

2°) Action sur la famille et la descendance.

La consommation de boissons alcoolisées tient souvent une place importante dans le budget familial. Ce qui ne manquera pas d'entraîner des répercussions fâcheuses :

- Les ressources deviennent insuffisantes pour couvrir les besoins vitaux.

- A un stade plus avancé, la stabilité du foyer est compromise ainsi que l'avenir et l'éducation des enfants.

Nous avons vu que nos alcooliques sont issus des couches sociales les plus démunies, souvent ce sont des pères de famille nombreuse. Ce facteur aggrave le retentissement social de ce fléau.

3°) Données économiques.

" En Algérie dans certains cas la vigne a pris la place des céréales" (R. DUMONT).

La vigne couvre plus de 400.000 hectares et les agrumes à peine 25.000. Le vin occupe une place importante dans l'économie du pays. La population algérienne augmente au rythme de 3,5% l'un des taux les plus élevés au monde ; pays producteur de céréales, l'Algérie est parfois obligée d'en importer pour satisfaire ses besoins.

En 1968, il a été consommé en Algérie 513.414 hectolitres de bière, soit plus de 4 litres par habitant et par an et ceci sans compter la consommation de vin et l'importation d'alcools forts.

4°) Alcoolisme et sécurité publique.

a) Répression de l'ivresse publique.

L'ivresse manifeste constitue un délit relevant des tribunaux. Toute personne trouvée en état d'ivresse dans la rue ou dans un lieu public doit être conduite au poste de police.

b) Les accidents de la circulation.

De nombreux accidents de la circulation sont dûs aux méfaits de l'alcool. Ils constituent 30 à 60% des accidents selon les pays.

En Algérie, d'après les rapports publiés par la gendarmerie un nombre important d'accidents de la circulation est dû à l'alcool.

L'ivresse au volant doit être sévèrement réprimée parce que meurtrière. Le dépistage devra s'effectuer selon la méthode de l'air expiré (Alcoolotest) qui doit être généralisée. La loi prévoit une prise de sang en vue de déterminer l'alcoolémie. Le prélèvement est effectué par un médecin requis.

c) La criminalité.

Il est connu que beaucoup de crimes sont commis sous l'emprise de l'alcool. Les meurtres et voies de fait sont souvent dûes à des ivresses excito-motrices.

L'alcoolisme engendre la délinquance, le vol et les délits sexuels.

La responsabilité pénale doit être entière. Quand l'ivresse représente en elle-même un état passager d'irresponsabilité, l'acte qui consiste à s'enivrer devra alors être jugé dans ses conséquences civiles et pénales.

Dans le cas où le sujet présente des troubles psychiques caractérisés, une expertise médicale déterminera son degré de responsabilité.

II - PROPHYLAXIE SOCIALE -

A/ Principes généraux.

1°) Réduire les tentations au minimum.

Il faut réduire le nombre de débits de boissons et retirer la licence

à tout débitant qui ne respecte pas les lois en vigueur. La règlementation des heures d'ouverture et de fermeture des débits de boisson doit être sévèrement contrôlée.

2°) Eviter les attitudes intransigeantes.

L'abstinence va à l'encontre des besoins naturels de l'homme. Notre pays a connu une période récente où la vente de boissons alcoolisées était interdite. Ce qui a eu pour effets de favoriser la prolifération des débits clandestins.

3°) L'éducation du public.

L'instauration de mesures restrictives n'est pas suffisante. Il faudrait en même temps éduquer le public et particulièrement la jeunesse en utilisant tous les moyens d'information et de diffusion. Il faudrait également prendre en charge la jeunesse qui constitue plus de la moitié de la population algérienne, uniquement à ALGER plus de 80.000 jeunes hommes sont totalement livrés à eux-mêmes.

B/ ACTION DES POUVOIRS PUBLICS -

1°) Lois contre l'ivresse et l'alcoolisme.

Les lois régissant les excès alcooliques sont antérieures à l'Indépendance de notre pays. Elles étaient destinées à un pays où la tradition bachique et les vertus mirifiques du vin sont ancrées dans les coutumes.

De nouvelles dispositions plus conformes à nos traditions socio-culturelles devraient être prises.

2°) Taxes et droits sur l'acool.

L'augmentation des taxes ne constitue pas une mesure radicale dans la lutte contre l'alcoolisme. L'éthylique prélèvera volontiers une part plus importante de son budget pour satisfaire sa toxicomanie. l'augmentation des prix favorisera l'utilisation de boissons dénaturées

(mélange d'alcool méthylique et d'eau sucrée par exemple).

Par contre l'élévation du prix des licences pour les débitants pourrait avoir des répercussions heureuses.

3°) Limitation du nombre de débits de boissons et leur règlementation.

La loi limite en principe le nombre de débits de boissons, spécialement dans certains périmètres dits de protection (Zones industrielles, cités universitaires, grands ensembles d'habitation...)

En Algérie, il existe de nombreux débits de boissons où il semble que cette mesure ne soit pas appliquée. En ce qui concerne la règlementation, il convient d'imposer certaines mesures :

- Fermeture obligatoire à partir de 22 heures.
- Interdiction de servir les mineurs et les personnes en état d'ébriété.

4°) Encourager la production et la consommation de boissons sans alcool.

Diverses mesures doivent intervenir :

- Allègement de la fiscalite.
- Favoriser la production de limonades, de jus de fruits et d'eaux minérales dont le prix est souvent excessif.

5°) Monopole de l'Etat

Le monopole de l'état doit être total, en ce qui concerne la vente en gros, comme la vente au détail. Ce qui aura pour conséquences de supprimer le profit à tout prix.

6°) Intervenir au niveau des entreprises, des administrations et des sociétés nationales pour dépister les intempérants et obliger les alcooliques à accepter le traitement sous peine de sanctions administratives.

7°) Schéma type de la répression individuelle de l'alcoolisme non pathologique.

- Première ivresse publique :

Toute personne trouvée en état d'ivresse dans la rue ou dans un lieu public doit être conduite au poste de police.

- Deuxième ivresse publique :

Conduite au poste de police avec immatriculation en vue de l'établissement d'un fichier central.

- Troisième ivresse publique :

Hospitalisation d'office en psychiatrie pour subir une cure de désintoxication.

Dès la sortie de l'hôpital, l'intéressé est tenu de se présenter régulièrement au commissariat de police de son quartier où il doit pointer et présenter un certificat médical délivré par les services de Psychiatrie et ce, tous les six mois.

- Quatrième ivresse publique :

Placement administratif type placement d'office (Loi du 30 Juin 1838) - Institutions Agricoles dites Maisons de Buveurs -

- Sixième ivresse publique :

Nouveau placement d'office d'une durée double au premier ... et ainsi de suite.

III - CURE ET ASSISTANCE DE L'ALCOOLIQUE -

L'Algérie ne peut se permettre " d'engloutir" des sommes importantes dans le traitement des alcooliques alors que les besoins sanitaires sont pressants. L'assistance médicale doit être accompagnée d'une surveillance judiciaire.

Dans le service, nous avons opté pour des hospitalisations de courte durée.

1°) Pendant l'hospitalisation

On procède :

- Au sevrage.
- A la correction des troubles métaboliques.
- Au traitement par appréhension chimique (Espéral).

2°) Après l'hospitalisation

- Le patient doit venir prendre son comprimé d'Espéral tous les matins et ce, pendant trente jours.
- Il devra, par la suite, se présenter une fois par semaine à l'hôpital, durant une période trois mois.
- Au terme de ces trois mois, il se présentera à l'hôpital une fois par mois pendant six mois.

Un fichier spécial pour les alcooliques est établi dans le service (Consultation externe). Si le malade ne se présente pas une assistante sociale ira jusqu'à son domicile.

* *

*

SEPTIEME PARTIE

VII - CONCLUSIONS -

1°) - Nous avons étudié à propos de trente malades hospitalisés, l'alcoolisme dans ses particularités nationales, cliniques, projectives, conceptuelles.

2°) - L'alcoolisme en Algérie touche d'emblée sur le mode primaire, d'une manière massive à développement rapide.

3°) - Nous avons toujours retrouvé des troubles de la personnalité de type névrotique, psychonévrotique, pré-psychotique, psychotique, sur des organismes en bon état général.

4°) - L'étude projective a révélé la dominante des coartés. (Vie affective, pauvre et réduite).

5°) - Outre les interventions de sevrage, de dégoût, de conditionnement appréhensif chimique, nous proposons l'usage des tranquillisants comme substitutifs.

6°) - Le développement de l'alcoolisme dans le sens d'un fléau social impose que la surveillance médicale, soit suivie, accompagnée d'une action de contention politico-administrativo-judiciaire.

7°) - Il s'avère en effet que dans notre pays l'alcoolisme doit d'ores et déjà être considéré comme une sociopathie.

* *

*

- B I B L I O G R A P H I E -

AMARK C. - Une étude sur l'alcoolisme - Edit. Copenhague 1951.

ALONSO-FERNADEZ -

Facteurs culturels et anthropologiques dans l'étiologie des alcoolismes.
La revue de l'alcoolisme, XI, 2, 1965, 93-104.

AUJALEU E. - et JEAN P. -
Bilan et orientation de la lutte contre l'alcoolisme.
Rapport au 36e Congrès d'Hyg. et Méd. Soc. 1957 -5- 41-85.

BASQUIN M. et OSOUF C. -
Etude de 50 cas d'éthylisme féminin.
Constatations sociologiques, cliniques et étiologiques.
Revue de l'alcoolisme - 1965, T. XI n° 3.

BENDA P. et TALEGHANI M. -

L'alcoolique dangereux et les siens, aspects sémiologiques et thérapeutiques.
Annales Médico-Psychologiques - 1966, I, 2, 193-226.

BOWMAN K.M et JELLINEK E.M. -

L'alcoolique et son traitement.

CARON M. -

Toxicologie de l'alcoolisme.
EMC. Psychiatrie - Tome II.

CARON M. -

Médecine légale - Réactions médico-légales des alcooliques.
E.M.C. 37630 A 50.

CASTET B. -

Réflexions sur le traitement de l'alcoolisme chronique par les cures de déconditionnement.
Le Concours médical - 2, III, 1963, 1343-1353.

DESHAIES G. -

Les conditions psychologiques de l'alcoolisme.
Hyg. Mentale Paris 1946-1947, n° 1 - 2, 1-36.

DESHAIES G. -

L'alcoolisme de la femme.
La revue de l'alcoolisme 1963, T. IX, 4, 235-247.

EY H. -

Etudes psychiatriques.
T. III Structure des psychoses aiguës et destructuration de la conscience - Paris 1954.

EY H., BERNARD P., BRISSET C. -

Manuel de psychiatrie , p. 665 à 702, Masson, 2e ed. 1963.

FLEMING R. -

Psychothérapie de l'alcoolisme.
Colloque européen sur l'alcoolisme (Copenhague 1951)
O.M.S. Genève 1954.

FONTAN M. -

L'alcoolisme féminin.
La revue du Praticien I, II, 1964 t. XIV, 4, 419-424.

FOUQUET P. -

E.M.C. Psychiatrie 37380 C 10.
Névroses alcooliques 37380 C 20.

FOUQUET P. -

Le syndrome alcoolique.
Etude Ant. Alcool. Nantes - Juillet-Octobre 1950, n° 15, 49-53.

FOUQUET P. -

Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme
Evol. Psych. Paris 1951, n° II, 231-251.

FOUQUET P. -

Cure par hospitalisation - 24e congrès Intern. Alcool. Paris Sept. 1952.

FOUQUET P. - ROBERT R. -

Thérapeutique de l'alcoolisme et notion d'abstinence.
Ann. Méd. Psych. Gen. 1952, n°2, 232-235.

GOLDEBERG L. -

Effets immédiats de l'alcool sur le système nerveux central - Colloque européen sur l'alcoolisme (Copenhague 1951) O.M.S. Genève 1954.

HENNE M. -

L'état alcoolique dangereux.
Rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.
Lausanne 1965.

HEUYER G. -

Alcoolisme, Criminalité et délinquence.
Rapport au Colloque du G.M.E.A. - Lyon 1960.
Rev. Alc. 1961, 7, 7-19.

IGERT C. -

Un centre de cure et de rééducation pour alcooliques.
La Membrolle sur Choisille -
Rev. Alc. 1962, 8, n°2.

JELLINEK E.M. -

The disease concept of alcoholism. Collège and University press, New Haven, Conn.

JELLINEK E.M. -

Intoxication alcoolique et alcoolisme chronique - Yale University - Press, 1942.

KRAFT R. -

Alcoolisation expérimentale légère et tests psychomoteurs
Rev. Alc. 1961, 7, n°1, 51-54.

LEREBOUILLET J. -

La désintoxication alcoolique, le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du Médecin.
Rev. Prat. 1er Février 1964, T. XIV, 4, 449-463.

LEREBOUILLET J. et LELUC R. -

Absorption et diffusion de l'alcool, son dosage, la courbe de l'alcoolémie.
La revue du Praticien - 1er Février 1964, T. XIV, 4, 337-397

MADEDDU D. -

Considération sur le "groupe primaire" et sur la formation spontanée de groupes parmi les alcooliques.
La revue de l'alcoolisme, 1965, T. XI, 3, 161-172.

MALIGNAC G. et COLIN R. -

L'alcoolisme.
Presses Universitaires de France. Edit. Paris 1954, 126 pages (Collect. "Que sais-je).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE -

Ser. Rapport technique 1964, 287, 4.
" " " 1967, 363
" " " 1969, 407.

PERRIN P. -

Les causes psychiques de l'alcoolisme et de l'alcoolomanie.
Rap. au XXIV Cong. Int. Contre l'Alcool. Paris 1952.
La revue de l'alcoolisme 1960, 6, 351-372.

POROT -

Les toxicomanies - Lib. Ferraris - Alger 1946.

POROT A. -

Manuel alphabétique de psychiatrie
P.U.F. - 1965.

RADO S. -

La psychanalyse de la pharmacothymie (Toxicomanie).

READ C.S. -

La psychopathologie de l'alcoolisme.
J. Ment. sc. 1920, 66, 233.

N.B. - Il est difficile de dresser une liste bibliographique exhaustive sur l'Alcoolisme, étant donné le nombre élevé de publications relatives à ce sujet.

* *

*

- TABLE DES MATIERES -

		Pages
	- AVANT-PROPOS	1
I	- INTRODUCTION - HISTORIQUE	4
II	- LE CONCEPT DE LA MALADIE ALCOOLIQUE	15
III	- CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE	38
IV	- ETUDE PROJECTIVE	76
V	- ETUDE SYNTHETIQUE	102
VI	- ETUDE MEDICO-SOCIALE	107
VII	- CONCLUSIONS	115
VIII	- BIBLIOGRAPHIE	117

Vu le Président du Jury

Signé :

Vu le Doyen

Signé :

Vu et permis d'imprimer

Alger, le

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur

Signé :